

**DARSTELLUNG DER ZUSAMMENSETZUNG DER
PATIENTEN UND DES THERAPEUTISCHEN
ANGEBOTES EINER
PSYCHIATRISCHEN POLIKLINIK**

REGINA ERBACH

1987



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der psychiatrischen Klinik und Poliklinik
der Universität München
Vorstand: Prof. Dr. H. Hippus

DARSTELLUNG DER ZUSAMMENSETZUNG DER PATIENTEN
UND DES THERAPEUTISCHEN ANGEBOTES EINER
PSYCHIATRISCHEN POLIKLINIK

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Regina Erbach
aus München
Jahr 1987

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius

Mitberichterstatter: Prof. Dr. D. Ploog

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Dr. P. Buchheim

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 19.03.1987

Inhaltsverzeichnis

Seite

1.	<u>Einleitung</u>	1
2.	<u>Literaturübersicht</u>	3
3.	<u>Beschreibung der psychiatrischen Poliklinik München und der zu vergleichenden Institutionen</u>	5
4.	<u>Erhebung der Daten</u>	7
4.1	Registrierung der Patienten	7
4.2	Erhebungsbogen A	7
4.2.1	Erläuterung zu den Diagnosen	9
4.2.2	Erläuterungen zu den Erst- bzw. Neuzugängen und Wiederholern	10
4.3	Erhebungsbogen B	10
5.	<u>Demografische und klinische Merkmale der Patienten</u>	12
5.1	Wohnort der Patienten	12
5.2	Geschlechtsverteilung der Patienten	12
5.3	Altersverteilung.	13
5.4	Erst- und Neuzugänge	15
5.5	Rechtsgrundlage der Behandlung	15
5.6	Einweisende Person bzw. Institution	16
5.7	Weiterbehandlung	18
5.8	Diagnosen	19
5.8.1	Diagnose und Geschlecht	20
5.8.2	Diagnose und Alter	21
5.8.3	Diagnose und einweisende Person bzw. Institution	22
5.8.4	Diagnosen und Weiterbehandlung	24
5.9	Einweisende Person bzw. Institution und Weiterbehandlung	27

6.	<u>Betreuung der Patienten und Therapie- verlauf</u>	30
6.1	Geschlechtsverteilung der Patienten	30
6.2	Altersverteilung	30
6.3	Erst- und Neuzugänge, Wiederholer	32
6.4	Zahl der Kontakte	32
6.5	Dauer der Behandlungszeiten	33
6.6	Kontakte mit den verschiedenen Therapeuten	34
6.7	Diagnostik	35
6.8	Therapie	35
6.9	Diagnosen	38
6.9.1	Diagnosen und Erstaufnahmen, Neuaufnahmen und Wiederholer	38
6.9.2	Diagnosen und Zahl der Kontakte	39
6.9.3	Diagnosen und Dauer der Behandlungszeiten	40
6.9.4	Diagnosen und Therapie	41
7.	<u>Diskussion</u>	45
7.1	Veränderungen in der Zusammensetzung der Poliklinik-Patienten gegenüber dem Jahr 1974	45
7.2	Vergleich der Ergebnisse mit denen ande- rer ambulanter Einrichtungen	53
7.3	Arbeitsweise der Poliklinik und thera- peutische Schwerpunkte	60
8.	<u>Zusammenfassung</u>	68
9.	<u>Anhang</u>	73
10.	<u>Literaturverzeichnis</u>	75
11.	<u>Lebenslauf</u>	82

1. Einleitung

In den letzten zwanzig Jahren haben in den USA und auch in Europa Reformbestrebungen in der Psychiatrie eingesetzt, die nicht nur die Behandlung psychisch Kranker, sondern auch deren Versorgung in den bestehenden psychiatrischen Einrichtungen betreffen. Um Lücken im Versorgungssystem aufzudecken, war zunächst eine gründliche Bestandsaufnahme notwendig; epidemiologische und empirische Patientenstatistiken haben zunehmend an Bedeutung gewonnen. Für die BRD wurde 1975 von der Bundesregierung ein Bericht zur Lage der Psychiatrie (11) herausgegeben. Es wurde festgestellt, daß sich bestehende ambulante und stationäre Versorgung nicht vollständig zu einem Gesamtsystem ergänzen, das alle für den einzelnen Patienten notwendigen Behandlungsleistungen abdeckt. Daraus ergab sich die Forderung nach einer ambulanten Betreuung, die mit den psychiatrischen Krankenhäusern in enger Verbindung steht. Zu den Aufgaben ambulanter Dienste an Krankenhäusern wurden vor allem folgende Punkte gezählt (33): Nachsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, ambulante Untersuchungen und Behandlungen zur Vorbeugung von Rückfällen und zur Verhütung von stationären Aufnahmen, Krisenintervention sowie konsiliarische Tätigkeit. Seitdem wurde schon mehrfach dargelegt (7, 12, 35, 47), inwieweit die Polikliniken und Ambulanzen diese Aufgaben erfüllen.

Die vorliegende Untersuchung soll anhand von Daten der Poliklinik der psychiatrischen Klinik der Universität München klären, durch welche demografischen und klinischen Merkmale die Patienten einer psychiatrischen Poliklinik charakterisiert sind. Zusätzlich sollen etwaige Veränderungen in der Zusammensetzung der Poliklinik-

patienten aufgezeigt werden, die sich in den zurückliegenden acht Jahren ergeben haben. Außerdem wird sich die Untersuchung mit der Betreuung der Patienten durch die Poliklinik befassen und deren therapeutisches Angebot darstellen. Um die Untersuchungsergebnisse besser interpretieren zu können, werden, soweit möglich, Daten ähnlicher Einrichtungen zum Vergleich herangezogen.

2. Literaturübersicht

Seit der WHO-Untersuchung über ambulante psychiatrische Versorgung 1970-71 wurden zahlreiche epidemiologische Erhebungen veröffentlicht.

KASTRUP (27) hat in Form einer fünftägigen Stichprobe eine Bestandsaufnahme aller ambulanten Patienten Dänemarks angefertigt. Es fanden sich bei den bis zu 45 Jahre alten Patienten höhere Prävalenzraten für Männer, bei den älteren Jahrgängen für Frauen. Die häufigste Diagnose war die Schizophrenie.

DILLING (12) untersuchte die Versorgungsleistung der Poliklinik München mit dem Ergebnis, daß die wichtigste Funktion der Poliklinik Untersuchungen und Behandlungen zur Vorbeugung von Rückfällen bzw. zur Verhinderung von stationären Aufnahmen sei. MÜLLER und THIES (35) betonen für die Poliklinik Göttingen die Bedeutung der Krisenintervention und stellen eine Unterversorgung der Schizophrenen, Alkoholkranken und psychogeriatrischen Patienten fest. BAUER (4, 5) stellt die poliklinische Versorgung unter dem Aspekt der Sektorisierung dar, wobei das Schwerpunkt auf der Behandlung neurotisch/psychosomatisch gestörter Patienten in Einzel- oder Gruppentherapie liegt.

In Ambulanzen, die an psychiatrische Kliniken angegliedert sind, leiden nach JAKUMEIT, NEHLS (26) und KRÜGER (32) die meisten Patienten an Neurosen, Persönlichkeits- und reaktiven Störungen. JAKUMEIT und NEHLS (26) fanden eine Zunahme der Schizophrenien bei stärkerer Betonung der Nachsorgetätigkeit. Im Zusammenhang mit dem Ausbau einer gemeindenahen psychi-

atrischen Versorgung in Mannheim berichtet HÄFNER (17) von einer allgemein zunehmenden Inanspruchnahme der psychiatrischen Dienste bei einer gleichzeitigen Reduzierung der langfristigen stationären Aufenthalte.

Niedergelassene Nervenärzte behandeln nach DILLING (14), SCHÜSSLER (43) und KATSCHNIG (28) mehr ältere Patienten. Bei den Diagnosen dominieren neurotische Krankheiten und affektive Psychosen. In sozialpsychiatrischen Diensten, die sich vor allem der Nachsorge widmen, werden nach BAUER (4) und KATSCHNIG (28) hauptsächlich Schizophrene und Suchtkranke betreut.

Bezüglich der nachstationären Behandlung Schizophrener schreibt RIEDELL (38), daß sich die Kombination von Depotneuroleptika mit psycho- und sozialtherapeutischen Maßnahmen als besonders effektiv erwiesen habe. Zum Abbruch einer ambulanten Therapie neigen nach WÄLTI et al. (52) vor allem Menschen, die generell enge soziale Beziehungen meiden und zu Mißtrauen neigen, insbesondere Suchtpatienten.

3. Beschreibung der psychiatrischen Poliklinik der Universität München und der zu vergleichenden Institutionen

Die Poliklinik der psychiatrischen Klinik der Universität München ist aus der früheren neurologisch-psychiatrischen Poliklinik heraus entstanden. Seit der Trennung der beiden Fächer hat sich die psychiatrische Poliklinik zunehmend zu einer selbständigen Einrichtung mit eigenem Aufgabenbereich entwickelt. Über die sogenannte "Zentrale Aufnahme" nach dem Vorbild der Schweizer Triage steht sie mit der psychiatrischen Klinik in Verbindung. Alle stationären und ambulanten Patienten - angemeldete und unangemeldete - passieren zunächst diese Eingangsstelle. Von dort werden sie an die Poliklinik oder zur stationären Aufnahme in die Klinik weitergeleitet. Die Poliklinik ist mit einem Oberarzt, drei bis vier Ärzten, einer Psychologin, einer Sozialpädagogin und vier Schwestern bzw. Pflegern besetzt. Ein Arzt ist jeweils als "Jourarzt" in der Zentralen Aufnahme tätig und versorgt die nicht angemeldeten Patienten; die anderen Ärzte bestellen die Patienten ein. Die Patienten der Spezialambulanzen (Lithium-, Schlaf-, Antidepressiva-, Alkoholikersprechstunden) werden in dieser Untersuchung nicht berücksichtigt.

Die Universitätspoliklinik Göttingen wurde 1978 aus der psychiatrischen Klinik in das neuerbaute Klinikum verlegt. Man erhoffte sich eine bessere Kooperation mit anderen Disziplinen und eine Herabsetzung der "Schwellenangst" psychiatrischer Patienten. Der organisatorische Aufbau entspricht in etwa dem der Poliklinik München (35).

Die psychiatrische Ambulanz in Mannheim ist ein Teil eines komplexen psychiatrischen Versorgungssystems, das nach dem Vorbild der "community mental health services" seit 1968 kontinuierlich ausgebaut wurde. Es basiert auf der Kooperation der bestehenden psychiatrischen Krankenhäuser mit dem neugegründeten "Zentralinstitut für seelische Gesundheit" und dessen komplementären Einrichtungen (17).

Die Ambulanz der Rheinischen Landesklinik Köln ist in Anbindung an die psychiatrische Klinik konzipiert und arbeitet als eine der ersten ambulanten psychiatrischen Einrichtungen nach den Empfehlungen der Enquete-Kommission (26).

Die psychiatrische Klinik und Ambulanz am Städtischen Krankenhaus Emden (32) wurde 1979 eröffnet, nachdem zuvor eine gravierende Unterversorgung an psychiatrischen Einrichtungen in diesem Gebiet festgestellt worden war.

4. Erhebung der Daten

In der Untersuchung sollen einerseits die demografischen und klinischen Merkmale der Poliklinikpatienten erfaßt werden, andererseits soll die Betreuung der Patienten und das therapeutische Angebot dargestellt werden. Dafür wurden zwei getrennte Erhebungsbögen verwendet. Auf dem Erhebungsbogen A wurden die demografischen und klinischen Merkmale der Patienten festgehalten. Beobachtungszeitraum war das ganze Jahr 1982, jeder Patient wurde bei seinem ersten Besuch einmal erfaßt. Auf dem Erhebungsbogen B wurden der Therapieverlauf sowie die Konsultationshäufigkeit und -dauer dokumentiert. Hier wurde während eines Zeitraums von 30 Tagen (15.11.-15.12.83) jeder Kontakt der Patienten mit der Poliklinik vermerkt. Die Auswertung beider Bögen erfolgte mit der klinikeigenen EDV-Anlage.

4.1 Registrierung der Patienten

Die Erhebungsbögen wurden vom Pflegepersonal den Krankengeschichten beigelegt und von den Ärzten ausgefüllt. Am Ende des Jahres wurden die Dokumentationen aus den gesammelten Akten aller ambulanten Patienten herausgenommen. Außerdem wird in der Ambulanz jeder Patient bei jedem Besuch namentlich in ein Buch eingetragen; somit waren Stichproben-Kontrollen möglich. Allerdings gelang es nicht immer, versehentlich oder aus Zeitmangel entstandene Lücken nachträglich zu schließen.

4.2. Erhebungsbogen A

Der Erhebungsbogen A stellt einen Auszug aus dem "Ärztlichen Dokumentationsblatt" dar, das für die gesamte psychiatrische Klinik verwendet wird und mit dem AMDP-System bearbeitet wird. In der Poliklinik

wurde das "Ärztliche Dokumentationsblatt" im Untersuchungsjahr erstmals verwendet. Da am Jahresende die Bögen aller ambulanten Patienten ausgewertet wurden, sind auch Notfallpatienten, die außerhalb der Sprechzeiten kamen, miteinbezogen. Der Erhebungsbogen A enthält folgende Informationen:

- 1) Personenkenzziffer (codiert gleichzeitig Alter und Geschlecht)
- 2) Postleitzahl des Wohnorts
- 3) Patient ist Erstzugang = E
 Neuzugang = N
 Wiederholer ≠ W
- 4) Diagnose (ICD-Nr.)
- 5) Rechtsgrundlage der Behandlung
 1 = freiwillig
 2 = kraft elterlicher Gewalt
 3 = Vormund oder Aufenthaltspflege
 4 = nach landeseigenem Unterbringungsgesetz
 5 = Begutachtung
 6 = andere
- 6) Aufnahme/Überweisung veranlaßt durch
 1 = Familie
 2 = Nervenarzt
 3 = anderer Arzt
 4 = eigene Poliklinik/Klinik
 5 = andere Klinik
 6 = selbst
 7 = andere
 A = Notarzt
 B = Polizei
 C = Sanitäter
- 7) Weiterbehandlung
 stationär 1 = eigene psych. Klinik
 oder teil- 2 = andere psych. Klinik
 stationär 3 = nicht-psych. Klinik
 4 = andere Einrichtungen

 ambulant 1 = Hausarzt
 2 = Nervenarzt

	3 = eigene Poliklinik
	4 = andere psych. Poliklinik
	5 = Psychotherapeut
	6 = sozialpsych. Dienst
	7 = andere
ambulante	1 = Einzeltherapie
psychothera-	2 = Gruppentherapie
peutische	3 = Ehe-/Familientherapie
Behandlung	4 = Verhaltenstherapie
	5 = andere

Unbekannt (Selbstentlassung) = A

4.2.1 Erläuterungen zu den Diagnosen

Die Einteilung der Diagnosen erfolgte anhand des Zahlenschlüssels der ICD-Klassifikation (9). In den wenigen Fällen, in denen mehr als eine Diagnose zu stellen war, wurde nach hierarchischen Prinzipien (19) vorgegangen und jeweils die übergeordnete bzw. schwerwiegendere Diagnose in die Untersuchung aufgenommen.

Folgende Diagnosen sind gruppenweise zusammengefaßt, die ICD-Nummern stehen in Klammern:

Alterspsychosen (290)

Andere organische Psychosen (292,293,294,309)

Schizophrene Psychosen (295)

Affektive Psychosen (296)

Andere Psychosen (297,298)

Neurosen (300)

Psychosomatische Krankheiten (305,306,307)

Persönlichkeitsstörungen (301,302)

Psychogene Reaktionen (308)

Alkohol- und Drogenabhängigkeit (303,304)

Oligophrenien (310-315)

Andere

4.2.2 Erläuterungen zu den Erst- bzw. Neuzugängen und Wiederholern

Als Erstzugang wird jeder Patient eingestuft, der noch nie in der Poliklinik behandelt wurde. Wer im Untersuchungsjahr zum erstenmal kommt, aber früher schon Poliklinikpatient war, wird als Neuzugang bezeichnet. Wiederholer schließlich sind im Untersuchungsjahr schon mindestens das zweite Mal in der Poliklinik.

4.3 Erhebungsbogen B

Der Erhebungsbogen B wurde speziell für die Poliklinik entwickelt und nur im Rahmen der regulären Sprechzeiten verwendet. Der Bogen wurde für jeden Patienten fortlaufend geführt, so daß am Ende des Untersuchungszeitraums die Summe der Kontakte und therapeutischen Leistungen abgelesen werden konnte. Auf dem Bogen wurden nicht nur Kontakte mit den Ärzten dargestellt, sondern auch mit dem Pflegepersonal, der Psychologin und der Sozialpädagogin. Letztere führte vor allem sozialtherapeutische Behandlungen sowie Partner- und Familientherapien durch.

Um die einzelnen therapeutischen Leistungen exakt definieren zu können, wurde allen Mitarbeitern der "Krankenhaustarif für ambulante Leistungen und stationäre Nebenleistungen" zur Verfügung gestellt. Darin ist genau festgelegt, was die einzelnen Bezeichnungen jeweils bedeuten (31); siehe auch Anhang S.72.

Zur Bearbeitung wurden die einzelnen Punkte mit Codierungsziffern versehen. Der Erhebungsbogen B stellt sich folgendermaßen dar:

Personenkennziffer: (codiert Alter und Geschlecht)

Patient ist E = Erstzugang
 N = Neuzugang
 W = Wiederholer

Diagnose: (ICD-Nr.)

Besuch:	I	II	III		Summe = Zahl der Kontakte
THERAPEUT:					
Arzt					
Psychologin					
Sozialpädagogin					
Schwester/Pfleger					
UNTERSUCHUNG:					
Psychiatr.Unters.eingehend (804)					
Neurolog.u.körperl.Untersuchung					
Biograph.Anamnese neurosenpsych. (110)					
Fremdanamnese (135)					
Testpsychologie					
Laboruntersuchung					
Lithiumkontrolle					
EEG					
EKG					
andere techn.Untersuchungen					
THERAPIE:					
Psychiatr.Behandlung eingehend (804)					
P.B.in akuter Konfliktsituation (806) oder als Notfallbehandlung (812)					
Beratung, Konsultation, Telefonat					
Therapeutisches Gespräch					
Psychotherapeut.Behandlung (143)					
Psychotherapie tiefenpsych.oder analytisch					
Partnergespräch oder -therapie					
Familiengespräch oder -therapie					
Gruppenpsychotherapie analytisch					
Gruppenpsychotherapie, TA					
Sozialtherapeut.Rollenspiel					
Sozialtherapeut.Behandlung					
Hausbesuch					
Patientenclub					
Spezialuntersuch. und -behandlung					
Psychopharmakotherapie per os					
Psychopharmakotherapie Depot					
Zeitaufwand: (Min.)					

Die in Klammern gesetzten Zahlen entsprechen denen im
 "Krankenhaustarif für ambulante Leistungen" (31).

5. Demografische und klinische Merkmale der Patienten

Im Verlauf des Jahres 1982 wurden insgesamt 1.694 Patienten in die Erhebung aufgenommen.

5.1 Wohnort der Patienten

Einen ungefähren Überblick über die Herkunft der Patienten (s. Tab. 1) gewähren die Postleitzahlen der Wohnorte. Zwei Drittel der Patienten kommen direkt aus der Stadt München, 15 % aus der näheren Umgebung. 3 % der Patienten haben keinen festen Wohnsitz.

Wohnung in	%
München-Stadt	66
München-Land	15
Außerhalb Münchens	15
Ohne festen Wohnsitz	3
Keine Angaben	1
n =	1.694
Gesamt =	100 %

Tab. 1: Wohnort der Patienten

5.2 Geschlechtsverteilung der Patienten

Die Geschlechtsverteilung der Poliklinikpatienten entspricht der Verteilung in der Wohnbevölkerung (s. Tab. 2). Die Bevölkerungszahlen beziehen sich auf die Wohnbevölkerung Bayerns (48) am 31.12.1982. In beiden Populationen ist das weibliche Geschlecht mit 52 % leicht überrepräsentiert.

Geschlecht	Bevölkerung	Poliklinik
Männlich	47,8 %	48,0 %
Weiblich	52,2 %	52,0 %
n =	10.966.717	1.694
Gesamt =	100 %	100 %

Tab. 2: Verteilung der Patienten nach Geschlecht
im Vergleich zur Bevölkerung

5.3 Altersverteilung

Die Altersgruppen unter 20 und über 60 Jahre sind in der Bevölkerung Bayerns weitaus stärker vertreten als im Patientengut der Poliklinik. Hier beträgt der Anteil der 20 - 50-jährigen zusammen mehr als drei Viertel (s. Abb. 1). Die größte Differenz ergibt sich bei den 30 - 40-jährigen, deren Rate unter den Patienten mehr als doppelt so hoch ist wie in der Bevölkerung.

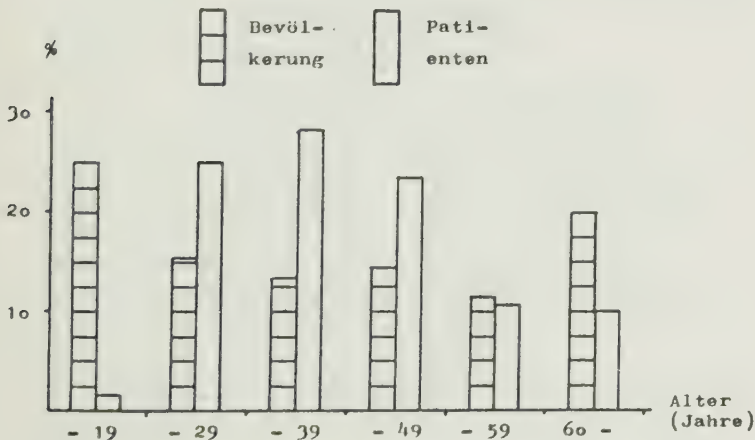


Abb. 1: Verteilung der Patienten nach Altersgruppen
im Vergleich zur Bevölkerung Bayerns (n Po-
liklinik = 1.694; n Bev. = 10.966.717)

Sowohl in der Gesamtbevölkerung als auch bei den untersuchten Patienten überwiegt bei den unter 40-jährigen das männliche Geschlecht geringfügig. In beiden Gruppen kehrt sich das Verhältnis in den älteren Jahrgängen um, hier sind die Frauen in der Mehrzahl. Zudem zeichnet sich die Tendenz ab, daß in diesen Altersgruppen der Anteil der Frauen unter den Patienten deutlich höher liegt als in der Bevölkerung (s. Abb. 2).

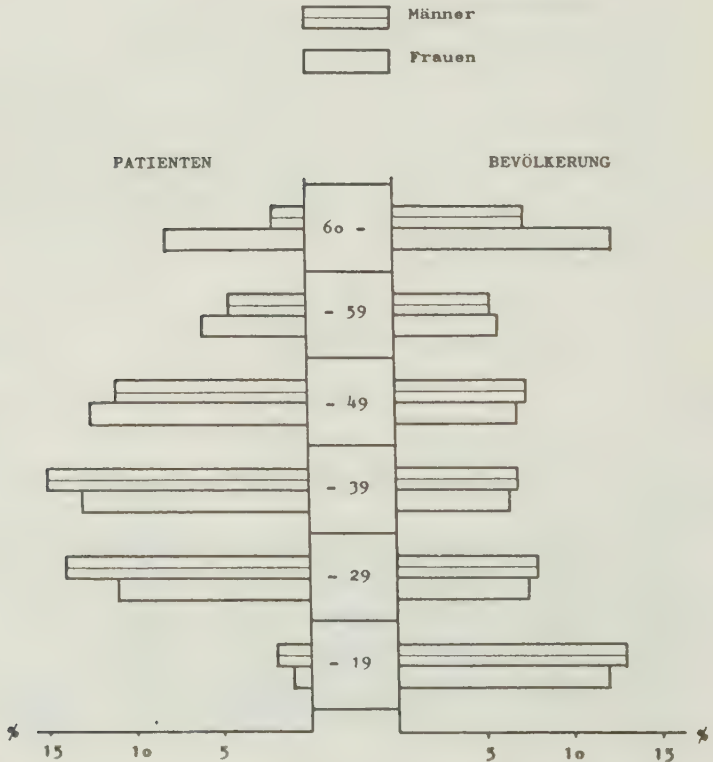


Abb. 2: Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten im Vergleich zur Bevölkerung (n Poliklinik = 1.694, n Bev. = 10.966.717)

5.4 Erst- und Neuzugänge

Knapp drei Viertel der Patienten kommen zum ersten Mal zur Behandlung in die Poliklinik (s. Tab. 3). ~~Wiederholer~~ werden hier definitionsgemäß nicht registriert, da ja das Dokumentationsblatt jeweils nur beim ersten Besuch ausgefüllt wurde.

Erstaufnahmen	72 %
Neuaufnahmen	28 %
n =	1.694
Gesamt =	100 %

Tab. 3: Verteilung der Erst- bzw. Neuaufnahmen

5.5 Rechtsgrundlage der Behandlung

Minderjährige werden in der Poliklinik ohnedies nur selten behandelt. Auch Einweisungen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen spielen nur eine untergeordnete Rolle. Die weitaus meisten Patienten (s. Tab. 4) lassen sich freiwillig behandeln.

Rechtsgrundlage

Freiwillig	95,0 %
Kraft elterlicher Gewalt oder Vormund	1,5 %
Gemäß Unterbringungsgesetz	2,0 %
Gutachten und andere	1,5 %
n =	1.694
Gesamt =	100 %

Tab. 4: Rechtsgrundlage der Behandlung

5.6 Einweisende Person bzw. Institution

Hier sollte untersucht werden, wer die Patienten dazu motiviert hat, in die Poliklinik zu kommen. Dies ist mit der Einschränkung möglich, daß der Name auf dem Überweisungsschein nicht in allen Fällen mit demjenigen identisch sein muß, der den ersten Anstoß für den Besuch der Poliklinik gegeben hat.

Gut ein Drittel der Patienten kommt von selbst, und zwar mehr Männer als Frauen. Die zweite große Gruppe wird von anderen Ärzten und Kliniken überwiesen, hier überwiegen die Frauen. Aus dem eigenen Haus kommen mit 8 % relativ wenige Patienten, ebenso von den Nervenärzten (5 %). Immerhin 14,5 % werden von Notarzt, Sanitätern oder der Polizei gebracht, hier wieder deutlich mehr Männer als Frauen (s. Abb. 3).

Unterscheidet man die Patienten nach Erst- und Neuzugängen, so ergibt sich, daß Erstzugänge häufiger von anderen Ärzten oder Kliniken geschickt oder als Notfälle von Polizei oder Notarzt eingeliefert werden. Allerdings kommen immerhin 32 % dieser Patienten von selbst. Von den Patienten, die in der Poliklinik schon bekannt sind, kommt der größte Teil von selbst oder aus der eigenen psychiatrischen Klinik (s. Abb. 3).

Insgesamt 674 Patienten werden von Ärzten oder Kliniken in die Poliklinik überwiesen. Etwa ein Drittel kommt von niedergelassenen Nervenärzten oder aus der eigenen Klinik, der Rest von anderen Ärzten oder Kliniken (s. Tab. 5).

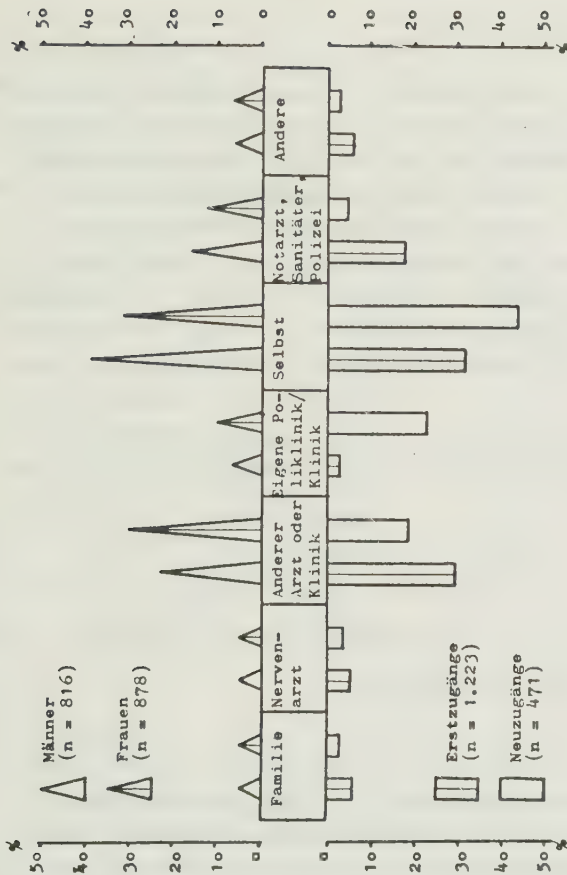


Abb. 3: Verteilung der männlichen und weiblichen Patienten sowie der Erst- und Neuzugänge nach einweisender Person bzw. Institution

Einweisungen von Ärzten/Kliniken		
insgesamt:	674	= 100 %
davon		
Nervenärzte	82	= 12 %
Anderer Ärzte/ Kliniken	449	= 67 %
Eigene Poliklinik/ Klinik	143	= 21 %

Tab. 5: Einweisungen durch Ärzte und Kliniken

5.7 Weiterbehandlung

Nach dem ersten Kontakt mit dem Patienten wurde jeweils eine Empfehlung zur Weiterbehandlung gegeben. Über die Hälfte der Patienten - davon mehr Frauen als Männer - wird ambulant weiterbehandelt. 37 % der Fälle bleiben einer stationären Einweisung vorbehalten. Bei den restlichen 11 % wird keine weitere Behandlung vereinbart, sei es daß die Ärzte sie nicht für notwendig hielten oder daß die Patienten nicht einverstanden waren (s. Tab. 6).

Weiterbehandlung (%)	gesamt	männl.	weibl.
Stationär	37,0	40,5	33,0
Ambulant	52,0	47,0	57,5
Keine	11,0	13,0	9,5
n =	1.694	816	878
Gesamt	100 %	100 %	100 %

Tab. 6: Weiterbehandlung

Von den weiterbehandelten Patienten bleiben 32 % in der eigenen Poliklinik, der Rest wird an andere Stellen überwiesen. In die eigene psychiatrische Klinik werden 24,5 % stationär aufgenommen, in andere psychiatrische Kliniken 13 %. Zum Nervenarzt werden 15 % geschickt, zum Hausarzt 6 %. An andere Institutionen wird nur sehr wenig verwiesen (s. Tab. 7).

Bei 3 % der Fälle erging an die entsprechende Stelle eine Empfehlung zur ambulanten psychotherapeutischen Therapie.

Weiterbehandlung	(%)
Stationär (41 %):	
Eigene psychiatr.Klinik	24,5
Andere psychiatr.Klinik	13,0
Nicht-psychiatr.Klinik	1,5
Andere station.Einrichtungen	2,0
Ambulant (59 %):	
Hausarzt	6,0
Nervenarzt	15,0
Eigene Poliklinik	32,0
Andere psychiatr.Poliklinik	0,5
Psychotherapeut	2,0
Sozialpsychiatr.Dienst	1,0
Andere	2,5
n =	1.507
Gesamt =	100 %

Tab. 7: Aufschlüsselung der weiterbehandelnden Stellen

5.8 Diagnosen

An erster Stelle stehen die Schizophrenien. Dann folgen die Neurosen, affektiven Psychosen sowie Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Alle anderen Diagnosen liegen jeweils unter 10 % (s. Tab. 8). Faßt man Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Erkrankungen und psychogene Reaktionen zu einer Gruppe zusammen, so bildet diese den größten Anteil mit insgesamt 34 %.

Diagnose	(%)
Alters- und andere organische Psychosen	4,0
Schizophrenien	30,0
Affektive Psychosen	10,0
Andere nichtorganische Psychosen	3,0
Neurosen	17,5
Persönlichkeitsstörungen	3,5
Psychosomatische Störungen	5,0
Psychogene Reaktionen	8,0
Alkohol- und Drogenabhängigkeit	11,0
Oligophrenien	1,0
Sonstige	7,0
n =	1.694
Gesamt =	100 %

Tab. 8: Verteilung der Diagnosen

5.8.1 Diagnose und Geschlecht

Schlüsselt man die Diagnosen nach dem Geschlecht auf, so ergeben sich größere Differenzen bei den affektiven Psychosen und den Neurosen, welche vermehrt bei Frauen vorkommen; ferner bei der Alkohol- und Drogenabhängigkeit, die bei den Männern dominiert. Organische Psychosen, Schizophrenien, psychosomatische Störungen und Oligophrenien sind etwa gleich auf beide Geschlechter verteilt. Persönlichkeitsstörungen finden sich etwas häufiger bei Männern, psychogene Reaktionen bei Frauen (s. Abb. 4).

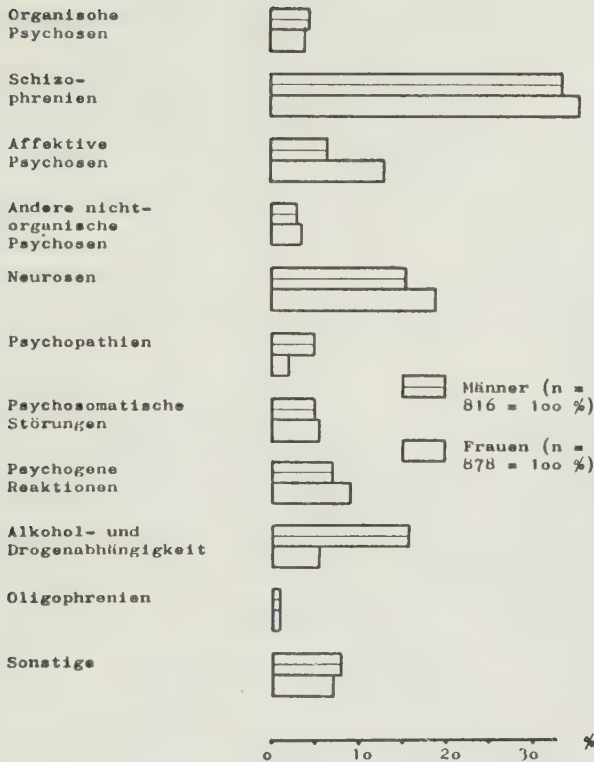


Abb. 4: Verteilung der Diagnosen nach dem Geschlecht

5.8.2 Diagnose und Alter

Bei den über 50 Jahre alten Patienten finden sich außer den Alters- und anderen organischen Psychosen überdurchschnittlich häufig affektive Psychosen. Schizophrenien werden am häufigsten bei den 20- bis 50-jährigen diagnostiziert, ebenso wie die Neurosen, Persönlichkeitsstörungen sowie Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Die psychosomatischen Störungen haben

ihren Altersgipfel zwischen 30 und 40 Jahren, die psychogenen Reaktionen zwischen 20 und 30 Jahren (s. Tab. 9).

Diagnose:	Alter:						n = .. (= 100 %)
	bis 20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-..	
Alterpsychosen	----	----	----	5,5	5,5	89,0	18
Andere organ. Psychosen	4,0	25,0	23,0	15,0	19,0	14,0	52
Schizophrenien	2,5	29,0	32,0	22,0	9,0	5,5	500
Affektive Psychosen	1,0	11,0	14,0	21,0	18,0	35,0	54
Andere nichtorganische Psychosen	2,0	19,0	31,0	22,0	15,0	11,0	164
Neurosen	4,0	25,0	25,0	28,0	12,0	6,0	295
Psychopathien	2,0	32,0	24,0	29,0	6,0	7,0	62
Psychosomatische Störungen	4,5	22,5	32,5	20,0	10,0	10,5	89
Psychogene Reaktion	7,0	39,0	23,0	22,0	6,0	2,0	137
Alkohol- und Drogenabhängigkeit	1,0	18,5	40,0	29,5	9,0	2,0	179
Oligophrenien und andere	15,0	26,0	26,0	22,0	----	11,0	27

Tab. 9: Verteilung der Diagnosen nach Altersgruppen

5.8.3 Diagnosen und einweisende Person bzw. Institution

Es soll dargestellt werden, inwieweit ein Zusammenhang zwischen bestimmten Diagnosen und bestimmten Überweisungsquellen besteht.

Organische Psychosen werden relativ häufig von Familienangehörigen gebracht, sie kommen selten von selbst. Ein großer Teil (30 %) kommt mit der Polizei

n = 100 %)

Diagnosen:	Einweisende Person bzw. Institution:							
	Familie	Nerven- arzt	Anderer Arzt/ Klinik	Poliklinik/ Klinik	Selbst	Notarzt Polizei Sanit.	Andere	
Organische Psychosen	10,0	1,0	29,0	7,0	19,0	30,0	4,0	70
Schizophrenien	6,5	7,5	16,0	16,0	37,0	12,0	5,0	500
Affektive Psychosen	6,0	4,0	28,0	11,5	38,0	7,0	5,5	164
Andere nicht-organische Psychosen	9,0	2,0	33,0	8,0	37,0	11,0	---	54
Neurosen	2,0	5,0	38,0	9,0	35,0	6,0	5,0	295
Psychopathien	2,0	3,0	29,0	2,5	49,0	9,5	5,0	62
Psychosomatische Störungen	2,0	4,5	42,5	1,0	25,0	17,0	8,0	89
Psychogene Reaktionen	5,0	2,0	30,0	4,0	26,0	25,0	8,0	137
Alkohol- und Drogenabhängigkeit	3,5	3,0	20,0	1,0	41,0	27,0	4,5	179
Oligophrenien und andere	---	15,0	44,0	4,0	33,0	4,0	---	27
Gesamt	5,0	5,0	27,0	9,0	35,0	14,0	5,0	1577

Tab. 10: Diagnosen und einweisende Person bzw. Institution

oder Sanitätern. Patienten mit Schizophrenien und affektiven Psychosen kommen oft von selbst und aus der eigenen Klinik. Neurotische Patienten werden vor allem von anderen Ärzten oder Kliniken geschickt oder sie kommen von selbst. Persönlichkeitsgestörte kommen von allen Diagnosen am häufigsten von selbst, psychosomatische Patienten von anderen Ärzten oder Kliniken. Patienten mit psychogenen Reaktionen werden vermehrt von Polizei oder Sanitätern gebracht, ebenso wie Alkohol- und Drogenabhängige; letztere kommen allerdings häufig von selbst (s. Tab. 10).

Die eigene Klinik schickt hauptsächlich Schizophrenie und Patienten mit affektiven Psychosen zur Nach- bzw. Weiterbehandlung. Nervenärzte überweisen vorrangig Schizophrenien, Neurosen und psychosomatische Störungen an die Poliklinik. Von anderen Ärzten oder Kliniken kommen ebenfalls viele neurotische und psychosomatische Patienten, aber nur sehr wenige schizophrene.

5.8.4 Diagnosen und Weiterbehandlung

Wo ein Patient nach seinem ersten Kontakt mit der Poliklinik weiterbehandelt wird, hängt unter anderem auch von der gestellten Diagnose ab. Tabelle 11 gibt einen Überblick über ambulante oder stationäre Weiterbehandlung bei den verschiedenen Diagnosen.

Die stationäre Weiterbehandlung dominiert nur bei den organischen Psychosen und bei den Suchtpatienten, sämtliche anderen Diagnosen werden vorzugsweise ambulant behandelt.

Sehr wenig stationäre Aufnahmen sind bei den Neuro-

sen, Persönlichkeitsstörungen und Oligophrenien zu verzeichnen. Dementsprechend stehen die Neurosen an erster Stelle bei der ambulanten Weiterbehandlung (71 %). Ohne Weiterbehandlung sind vor allem Persönlichkeitsgestörte und Suchtpatienten registriert.

Diagnose:	Weiterbehandlung:(%)			n = ... (= 100 %)
	stat.	amb.	keine	
Organische Psychosen	61	33	6	70
Schizophrenien	41	51	8	500
Affekt.Psychosen	42	52	6	164
Andere Psychosen	26	57	17	54
Neurosen	20	71	9	295
Psychopathien	26	50	24	62
Psychosomatische Störungen	33	56	11	89
Psychogene Reaktionen	42	46	12	137
Alkohol- und Drogenabhängigkeit	44	35	21	179
Oligophrenien u.a.	19	74	7	27

Tab. 11: Verteilung der Diagnosen nach der Art der Weiterbehandlung

Affektive Psychosen waren am häufigsten Anlaß zur stationären Aufnahme in die eigene psychiatrische Klinik, gefolgt von Schizophrenien, organischen Psychosen und psychogenen Reaktionen. Alkohol- und Drogenabhängige und Patienten mit organischen Psychosen werden überdurchschnittlich häufig an andere psychiatrische Kliniken überwiesen (s. Tab. 12).

<u>Diagnosen:</u>	<u>Weiterbehandelnde Institution bzw. Person:</u>					n = (= 100 %)
	Eigene Psych. Klinik	Andere Psych. Klinik	Hausarzt	Nerven- arzt	Poli- klinik	Andere/ unbek.
Organische Psychosen	27,0	23,0	4,0	11,0	13,0	22,0
Schizophrenien	29,0	11,0	2,0	16,0	31,0	11,0
Affektive Psychosen	35,0	5,0	5,0	10,0	35,0	10,0
Andere nichtor- ganische Psy- chosen	17,0	9,0	2,0	9,0	44,0	19,0
Neurosen	12,0	5,0	7,0	17,0	39,0	20,0
Psychopathien	11,0	13,0	5,0	13,0	24,0	34,0
Psychosomatische Störungen	13,5	12,0	4,5	8,0	36,0	26,0
Psychogene Reaktionen	24,0	14,0	8,0	15,0	12,0	27,0
Alkohol- und Drogenabhän- gigkeit	15,0	25,0	6,0	6,0	14,5	33,5
Oligophrenien und andere	7,0	4,0	11,0	11,0	44,0	23,0
gesamt	22,5	11,5	5,0	13,0	29,5	18,5

Tab. 12: Verteilung der Diagnosen nach weiterbehandelnden Stellen

Zum Hausarzt werden am häufigsten Patienten mit psychogenen Reaktionen und Neurosen geschickt, selten Schizophrenen. Die Nervenärzte übernehmen vorrangig Patienten mit diagnostizierten Neurosen, Schizo-

phrenien und psychogenen Reaktionen, aber auch einen kleineren Teil sämtlicher anderen Diagnosen.

In der eigenen Poliklinik verbleibt ein hoher Anteil an Neurosen, psychosomatischen Störungen und affektiven Psychosen, außerdem knapp ein Drittel der Schizophrenien (s. Tab. 12).

Über die Oligophrenien können wegen der geringen Fallzahl keine allgemeingültigen Aussagen gemacht werden.

5.9 Einweisende Person bzw. Institution und Weiterbehandlung

Hier wird der Weg der Patienten von der Einweisung in die Poliklinik bis zur Weiterbehandlung festgehalten.

Aus der eigenen Klinik kommende Patienten werden zu 78 % in der Poliklinik ambulant weiterbehandelt, Patienten von anderen Ärzten und Kliniken zu 34 % (jeweils nach dem Erstkontakt mit der Poliklinik).

Patienten, die von niedergelassenen Nervenärzten kommen, werden zu 21 % in der Poliklinik weiterbehandelt, zu 40 % werden sie stationär aufgenommen. 23 % werden wieder zum Nervenarzt zurücküberwiesen. Ähnliche Verhältnisse finden sich bei den Patienten, die auf Veranlassung von Familienangehörigen kommen.

Patienten, die von selbst in die Poliklinik kommen, werden zu 26 % dort weiterbehandelt, 21 % werden zum niedergelassenen Nervenarzt geschickt, der Rest verteilt sich auf verschiedene Stellen.

Eingewiesen von:	Weiterbehandelnde Institution/Person (%)					n = (= 100 %)
	Eigene Psych. Klinik	Andere Psych. Klinik	Hausarzt	Nerven- arzt	Poli- klinik	Andere/ keine
Familie	34,0	10,0	3,5	21,0	15,0	16,5
Nervenarzt	40,0	7,0	1,0	23,0	21,0	8,0
Anderer Arzt/ Klinik	22,0	7,5	9,0	8,5	34,0	19,0
Eigene Poli- klinik/Klinik	6,0	1,5	3,5	3,5	78,0	7,5
Selbst	15,0	8,0	5,0	21,0	26,5	24,5
Polizei, Not- arzt, Sanitäter	28,0	36,0	4,0	5,0	5,0	22,0
Andere	43,0	12,0	1,0	8,0	19,0	17,0
						86
						82
						449
						143
						597
						241
						88

Tab. 13: Einweisende Person bzw. Institution und weiterbehandelnde Stelle

Von der Polizei oder vom Notarzt eingewiesene Patienten müssen zu insgesamt 64 % stationär aufgenommen werden; der größere Teil davon (36 %) wird nicht in der eigenen psychiatrischen Klinik aufgenommen, sondern an andere Kliniken weiterverwiesen.

Mit einigen Patienten konnte nach dem Erstkontakt nicht vereinbart werden, ob oder wo sie sich weiterbehandeln lassen möchten. Diese Patienten kamen zu 24 % von selbst in die Poliklinik, zu 22 % wurden sie von Polizei oder Notarzt gebracht, 19 % kamen von anderen Ärzten oder Kliniken (s.Tab. 13).

6. Betreuung der Patienten und Therapieverlauf

Die Stichprobe umfaßt 30 Tage vom 15.11.1983 bis zum 15.12.1983. In dieser Jahreszeit wird die Poliklinik sehr stark frequentiert, daher lassen sich die absoluten Zahlen nicht auf ein Jahr hochrechnen. Dennoch kann ein guter Überblick über die Arbeitsweise und therapeutischen Möglichkeiten der Poliklinik gewonnen werden.

Insgesamt wurden 278 Patienten in die Untersuchung aufgenommen. Um die Gültigkeit der Stichprobe abschätzen zu können, werden zunächst wieder die personenbezogenen Patientendaten wie Alter und Geschlecht dargestellt.

6.1 Geschlechtsverteilung der Patienten

In der Stichprobe tritt das Überwiegen der weiblichen Patienten noch etwas deutlicher hervor (s. Tab. 14) als in der Patientenpopulation des Jahres 1982.

Geschlecht	Stichprobe	Patienten 1982
Männlich	43,0 %	48,0 %
Weiblich	57,0 %	52,0 %
n =	278	1.694
Gesamt =	100 %	100 %

Tab. 14: Geschlechtsverteilung der Stichprobe im Vergleich zur Patientenpopulation 1982

6.2 Altersverteilung

In den verschiedenen Altersgruppen ergeben sich nur geringfügige Unterschiede zwischen den beiden Un-

tersuchungen, im wesentlichen stimmen sie überein.

In den Altersgruppen unter 30 und über 50 Jahre sind die Unterschiede sehr klein. Bei den 30- bis 50-jährigen fällt in der Stichprobe ein deutlicheres Überwiegen (s. Abb. 5) der weiblichen Patienten auf.

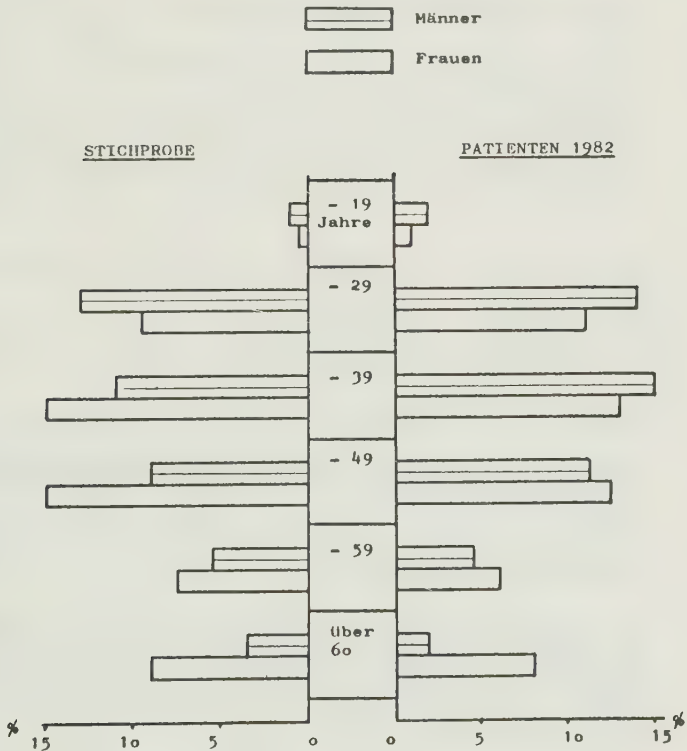


Abb. 5: Altersverteilung nach Geschlechtern in der Stichprobe ($n = 278 = 100\%$) und in der Patientenpopulation 1982 ($n = 1.694 = 100\%$)

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Verschiebungen in der Alters- und Geschlechtsverteilung nur gering sind und sich durch die unterschiedlichen Erhebungsmethoden erklären lassen.

In der Stichprobe ist somit ein ausreichend repräsentativer Querschnitt der Poliklinikpatienten vertreten.

6.3 Erst- und Neuzugänge, Wiederholer

Da der Untersuchungszeitraum am Jahresende liegt, sind viele Patienten Wiederholer, d.h. sie waren in diesem Jahr schon in der Poliklinik. Nur annähernd ein Viertel der Patienten kommt erstmals zur Behandlung (s. Tab. 15).

Erstaufnahmen	23,5 %
Neuaufnahmen	4,0 %
Wiederholer	72,5 %
n =	278
Gesamt =	100 %

Tab. 15: Verteilung der Erst- bzw. Neuzugänge und Wiederholer

6.4 Zahl der Kontakte

Aufgrund der Registrierung jedes einzelnen Besuchs der Patienten kann festgestellt werden, wie oft jeder Patient in diesen dreißig Tagen die Poliklinik konsultiert hat.

Die meisten Patienten - überwiegend Männer - kommen zwei- bis viermal im Monat. Die Frauen begnügen sich häufiger mit einem einmaligen Besuch. Öfter

als viermal kommen 14 % der Patienten (s. Tab. 16). Insgesamt wurden 694 Konsultationen verzeichnet, was durchschnittlich 2,5 Besuchen pro Patient entspricht.

Besuchshäufigkeit	Männer (%)	Frauen (%)	Gesamt (%)
1 Besuch	31,0	44,0	38,5
2-4 Besuche	56,5	41,0	47,5
über 4 Besuche	12,5	15,0	14,0
n =	119	159	278
Gesamt	100 %	100 %	100 %

Tab. 16: Zahl der Kontakte bei männlichen und weiblichen Patienten

6.5 Dauer der Behandlungszeiten

Unabhängig von der Besuchshäufigkeit beansprucht nicht jeder Patient die gleiche Behandlungsdauer.

Die Hälfte der Patienten - hierunter mehr Frauen als Männer - benötigt bis zu einer Stunde Behandlungszeit pro Monat. Unter den Patienten, deren Behandlungsdauer vier Stunden im Monat übersteigt, sind Männer und Frauen gleich verteilt (s. Tab. 17).

Dauer (Std.)	Männer (%)	Frauen (%)	Gesamt (%)
Bis 1	44,5	56,0	51,0
1 bis 4	43,5	31,5	37,0
über 4	12,0	12,5	12,0
n =	119	159	278
Gesamt	100 %	100 %	100 %

Tab. 17: Dauer der Behandlungszeiten bei Männern und Frauen

6.6 Kontakte mit den verschiedenen Therapeuten

Viele Patienten haben bei einem Besuch in der Poliklinik Kontakte mit mehreren Therapeuten. In der Addition erhält man 839 Kontakte bei 694 Besuchen. Tabelle 18 ordnet die Kontakte den verschiedenen Patienten zu.

Therapeut	Kontakte (%)
Ärzte	64,0
Psychologin	3,0
Sozialpädagogin	14,0
Pflegepersonal	19,0
n =	839
Gesamt =	100 %

Tab. 18: Verteilung der Kontakte auf die Therapeuten

Etwa zwei Drittel der Kontakte entfallen auf die Ärzte, andererseits haben fast alle Patienten zumindest einmal Kontakt mit einem Arzt (s. Tab. 19). Die Psychologin war im Untersuchungszeitraum anderweitig mit einer wissenschaftlichen Arbeit beschäftigt, so daß ihr Anteil an der Versorgung der Patienten ungewöhnlich niedrig ist. Die Sozialpädagogin behandelt 11,5 % der Patienten. Fast 30 % der Patienten treten mit Schwestern oder Pflegern in Kontakt; hier wurden lediglich ausführlichere therapeutische Kontakte wie längere Gespräche oder die Gabe von Medikamenten dokumentiert, nicht aber Aufnahmeformalitäten.

Therapeutischer Kontakt von:	Mit % der Patienten
Ärzten	91,0
Psychologin	4,0
Sozialpädagogin	11,5
Pflegepersonal	28,5
n =	278
Gesamt =	135 %

Tab. 19: Verteilung der Patienten auf die verschiedenen Therapeuten
(Durch parallele Behandlung bei mehreren Therapeuten überschreitet die Gesamtsumme 100 %)

6.7 Diagnostik

Insgesamt wurden 251 Untersuchungen durchgeführt, die sich unterschiedlich auf Erstaufnahmen und Neuaufnahmen bzw. Wiederholer verteilen.

Bei den Erstzugängen nehmen die eingehende psychiatrische Untersuchung und die Erhebung einer neurosenpsychologischen biographischen Anamnese zusammen 80 % ein.

Bei den Untersuchungen der Neuaufnahmen und Wiederholer dagegen stehen Laboruntersuchungen an erster Stelle, es folgen die psychiatrische Untersuchung sowie EEG und EKG (s. Abb. 6).

6.8 Therapie

Alle im Erhebungsbogen aufgeführten Therapieformen mit Ausnahme der analytischen Gruppenpsychotherapie wurden im Untersuchungszeitraum auch mindestens ein-

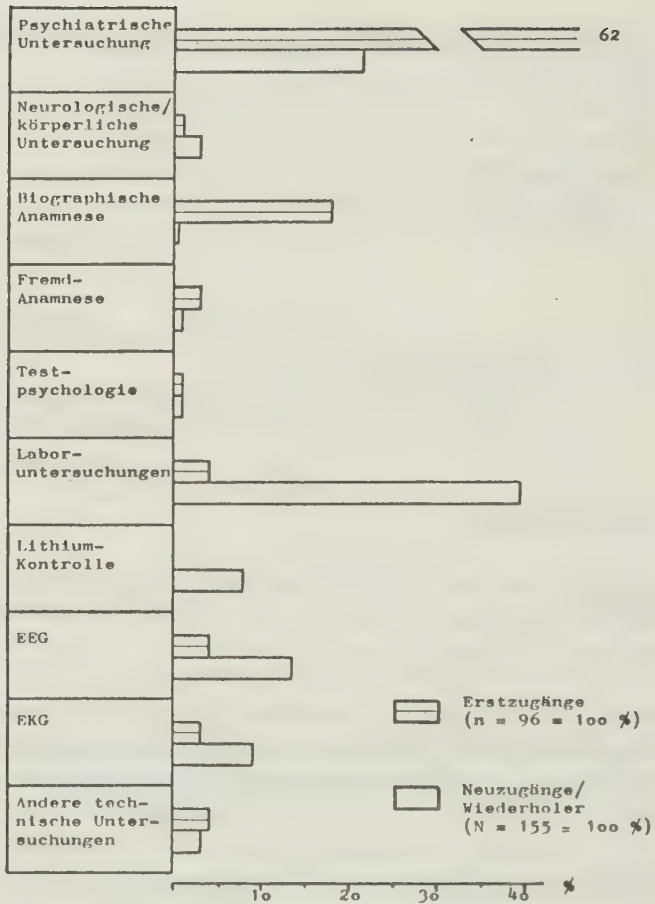


Abb. 6: Verteilung der Untersuchungen auf Erstzugänge und Neuzugänge/Wiederholer

mal angewandt. Insgesamt wurden 1.126 therapeutische Leistungen dokumentiert.

Psychiatrische, medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung machen insgesamt 70,5 % aller Therapieformen aus. Die übrigen werden wesentlich seltener angewandt (s. Tab. 20).

Therapie	(%)
Psychiatr.Behandlung	27,0
P.B. in akuter Konfliktsituation oder als Notfallbehandlung	3,0
Beratung, Konsultation, Telefonat	5,5
Therapeut.Gespräch	4,0
Psychotherapeut.Behandlung	12,5
Psychotherapie tiefenpsych.od.analytisch	1,0
Partnergespräch/-therapie u. Familiengespräch/-therapie	4,0
Gruppenpsychotherapie TA	4,0
Sozialtherapeut.Rollenspiel	5,0
Sozialtherapeut.Behandlung	3,0
Psychopharmakotherapie p.os	20,5
Psychopharmakotherapie Depot	10,5
n =	1.126
Gesamt =	100 %

Tab. 20: Verteilung der therapeutischen Leistungen

Drei Punkte des Erhebungsbogens wurden wegen zu geringer Zahlen nicht in die EDV-Auswertung mit einbezogen. Von der Sozialpädagogin wurden sieben Hausbesuche durchgeführt, die Psychologin verzeichnete drei Spezialuntersuchungen oder -behandlungen, außerdem trafen sich einmal pro Woche ca. zehn Patienten zum Patienten-Club.

6.9 Diagnosen

Die Diagnosen sind in die gleichen Gruppen eingeteilt wie in der Untersuchung für das Jahr 1982.

An den Größenordnungen der einzelnen Diagnosengruppen hat sich im Vergleich zu der Jahresuntersuchung nicht viel verändert. Durch den Wegfall der Notfälle treten die Schizophrenien und Neurosen noch mehr in den Vordergrund, während die Suchtpatienten nur noch ein Prozent aller Diagnosen ausmachen (s. Tab. 21).

Diagnose	1983 Stichprobe (%)	alle Patient. 1982 (%)
Organische Psychosen	4,5	4,0
Schizophrenien	35,0	30,0
Affektive Psychosen	11,0	10,0
Andere Psychosen	4,5	3,0
Neurosen	21,0	17,5
Psychopathien	8,0	3,5
Psychosomatische Störungen	3,0	5,0
Psychogene Reaktionen	8,0	8,0
Alkohol- und Drogenabhängigkeit	1,0	11,0
Sonstige	4,0	7,0
n =	278	1.694
Gesamt =	100 %	100 %

Tab. 21: Diagnosenverteilung der Stichprobe im Vergleich zur Jahresuntersuchung 1982

6.9.1 Diagnosen und Erstaufnahmen, Neuaufnahmen und Wiederholer

In den einzelnen Diagnosengruppen sind einerseits

Erstaufnahmen, andererseits Neuaufnahmen und Wiederholer unterschiedlich stark vertreten.

Bei den letzteren finden sich vor allem Schizophrenien, affektive Psychosen und Neurosen. Unter den Erstaufnahmen dominieren Patienten mit psychogenen Reaktionen, psychosomatischen Störungen und anderen Psychosen (s. Tab. 22).

Diagnose	E (%)	N+W (%)	n = ... (= 100 %)
Organische Psychosen	33,5	66,5	12
Schizophrenien	8,0	92,0	97
Affektive Psychosen	13,0	87,0	31
Andere Psychosen	54,0	46,0	13
Neurosen	24,0	76,0	58
Psychopathien	36,5	63,5	22
Psychosomat.Störungen	43,0	57,0	8
Psychogene Reaktionen	54,5	45,5	22
Sonstige	27,0	73,0	15

Tab. 22: Verteilung der Diagnosen nach Erstaufnahmen
(= E) und Neuaufnahmen bzw. Wiederholern
(= N+W)

6.9.2 Diagnosen und Zahl der Kontakte

Die Mehrzahl der Patienten mit organischen Psychosen und psychosomatischen Störungen erscheint nur einmal in der Poliklinik. Auch bei 43,5 % der Schizophrenen kommt es nur zu einem Kontakt. Affektive Psychosen und Persönlichkeitsstörungen sind überwiegend Anlaß für mindestens zwei Besuche der Poliklinik. Zu den meisten Kontakten - in 84 % mehr als ein Besuch -

kommt es bei neurotischen Patienten (s. Tab. 23).

Diagnose	Zahl der Kontakte			n = ... (= 100 %)
	1	2 bis 4	über 4	
Organ.Psychosen	66,5	25,0	8,5	12
Schizophrenien	43,5	42,0	14,5	97
Affekt.Psychosen	35,0	55,0	10,0	31
Andere Psychosen	54,0	46,0	-, -	13
Neurosen	15,5	62,0	22,5	58
Psychopathien	32,0	50,0	18,0	22
Psychosomat. Störungen	57,0	43,0	-, -	8
Psychogene Reaktionen	50,0	41,0	9,0	22
Sonstige	43,0	50,0	7,0	15

Tab. 23: Verteilung der Diagnosen nach der Zahl der Kontakte

6.9.3 Diagnosen und Dauer der Behandlungszeiten

Es soll überprüft werden, ob Patienten, die sehr oft kommen, auch viel Zeit der Therapeuten beanspruchen.

Die längste Behandlungszeit wird bei den Neurosen benötigt, sie beträgt bei 27 % mehr als vier Stunden im Monat. Dagegen beanspruchen 83 % der Patienten mit organischen Psychosen maximal eine Stunde in 30 Tagen. Auch bei affektiven Psychosen und vor allem Schizophrenien bedarf es trotz einer hohen Besuchsfrequenz (s.Tab.23) nur weniger Behandlungsstunden. Psychosomatische Störungen, psychogene Reaktionen und Psychopathien nehmen eine Mittelstellung ein; kein Patient mit psychogener Reaktion hielt sich länger als insgesamt vier Stunden in der Poliklinik auf (s. Tab. 24).

Diagnose	Behandlungszeit (Std.)			n = ... (= 100 %)
	bis 1	1 - 4	über 4	
Organ.Psychosen	83,0	8,5	8,5	12
Schizophrenien	68,0	26,0	6,0	97
Affekt.Psychosen	58,0	26,0	16,0	31
Andere Psychosen	77,0	23,0	16,0	13
Neurosen	19,0	54,0	27,0	58
Psychopathien	27,5	59,0	13,5	22
Psychosomatische Störungen	57,0	28,5	14,5	8
Psychogene Reaktionen	45,5	54,5	-, -	22
Sonstige	33,5	50,0	16,5	15

Tab. 24: Verteilung der Diagnosen nach Dauer der Behandlungszeiten

6.9.4 Diagnosen und Therapie

Die insgesamt 1.126 dokumentierten therapeutischen Leistungen verteilen sich unterschiedlich auf die verschiedenen Diagnosen. Die Reihenfolge der Therapieformen richtet sich bei den folgenden Tabellen nach der Häufigkeit der Anwendungen bei der jeweiligen Diagnose. Therapeutische Leistungen, deren Anteil an der Gesamtzahl 5 % unterschreitet, werden nicht gesondert aufgeführt.

Therapieform	Anteil in %
Psychiatr.Behandlung	36,0
Pharmakotherapie per os	32,0
Sozialtherapeut.Rollenspiel	18,0
Notfall-/Konfliktbehandlung	7,0
Andere	7,0
Zahl der Behandlungen	28 = 100 %

Tab. 25: Therapie der organischen Psychosen

Therapieform	Anteil in %
Psychiatr.Behandlung	30,5
Pharmakotherapie Depot	23,0
Pharmakotherapie per os	20,0
Psychotherapeut.Behandlung	7,0
Andere	19,5
Zahl der Behandlungen	434 = 100 %

Tab. 26: Therapie der Schizophrenien

Therapieform	Anteil in %
Psychiatr.Behandlung	32,0
Pharmakotherapie per os	29,0
Psychotherapeut.Behandlung	9,0
Sozialtherapeut.Rollenspiel	9,0
Beratung, Konsultation, Telef.	8,0
Andere	13,0
Zahl der Behandlungen	111 = 100 %

Tab. 27: Therapie der affektiven Psychosen

Therapieform	Anteil in %
Psychiatr.Behandlung	21,5
Pharmakotherapie per os	20,0
Psychotherapeut.Behandlung	18,0
Gruppenpsychotherapie	10,0
Therapeut.Gespräch	7,0
Beratung, Konsultation, Telef.	6,0
Sozialtherapeut.Rollenspiel	5,0
Andere	12,5
Zahl der Behandlungen	309 = 100 %

Tab. 28: Therapie der Neurosen und psychosomatischen Störungen

Therapieform	Anteil in %
Psychiatr.Behandlung	31,5
Psychotherapeut.Behandlung	21,5
Gruppenpsychotherapie	12,0
Pharmakotherapie per os	11,0
Beratung, Konsultation, Telef.	9,0
Pharmakotherapie Depot	7,0
Andere	8,0
Zahl der Behandlungen	101 = 100 %

Tab. 29: Therapie der Persönlichkeitsstörungen

Therapieform	Anteil in %
Therapeut.Gespräch	19,0
Psychotherapeut.Behandlung	17,0
Psychiatr.Behandlung	14,0
Pharmakotherapie per os	13,0
Beratung, Konsultation, Telef.	10,0
Partner-/Familietherapie	10,0
Notfall-/Konfliktbehandlung	8,0
Pharmakotherapie Depot	6,5
Andere	2,5
Zahl der Behandlungen	78 = 100 %

Tab. 30: Therapie der psychogenen Reaktionen

Außer bei den psychogenen Reaktionen steht überall die psychiatrische Behandlung im Vordergrund. Bei den organischen Psychosen folgen die orale Pharmakotherapie und das sozialtherapeutische Rollenspiel. In der Therapie der Schizophrenien spielt die Pharmakotherapie die größte Rolle, besonders die Depotform (Depot- und orale Form zusammen 43 %). Bei den affektiven Psycho-

sen dominieren psychiatrische Behandlung und orale Pharmakotherapie, gefolgt von psychotherapeutischer Behandlung und dem sozialtherapeutischen Rollenspiel.

Ein hoher Anteil an psychotherapeutischen Behandlungen und Gruppenpsychotherapie imponiert bei den Neurosen, psychosomatischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Bei den Patienten mit psychogenen Reaktionen steht das therapeutische Gespräch im Vordergrund, im übrigen verteilen sich die Behandlungen gleichmäßiger auf verschiedene Therapieformen. Im Unterschied zu den anderen Diagnosen kommen die Notfall- und Konfliktbehandlung und die Partner- sowie Familientherapie häufiger zur Anwendung.

Zur Definition der Therapieformen sei nochmals auf den Anhang S.72 verwiesen.

7. Diskussion

Die Untersuchung wurde in der Poliklinik der psychiatrischen Klinik der Universität München durchgeführt. Sie soll klären, durch welche Merkmale die Poliklinik-Patienten charakterisiert sind und die Betreuung der Patienten sowie das therapeutische Angebot der Poliklinik darstellen. Es wurden während des ganzen Jahres 1982 für jeden Patienten bestimmte demografische und klinische Merkmale dokumentiert, wie z.B. Alter, Diagnose, Art der Überweisung u. ä.; außerdem wurden während 30 Tagen des Jahres 1983 in einer Stichprobe alle Kontakte der Patienten zur Poliklinik sowie alle therapeutischen Leistungen festgehalten.

Die Untersuchungsergebnisse werden nun unter drei Gesichtspunkten diskutiert. Zunächst werden die patientenbezogenen Ergebnisse mit früheren Daten aus derselben Klinik verglichen. Darauf werden die Untersuchungen anderer ambulanter Einrichtungen auf Übereinstimmung oder Abweichungen hin betrachtet. Abschließend werden Dauer und Häufigkeit der Kontakte zwischen Poliklinik und Patienten dargelegt und Schwerpunkte im therapeutischen Bereich der Poliklinik aufgezeigt.

7.1. Veränderungen in der Zusammensetzung der Poliklinik-Patienten gegenüber dem Jahr 1974

Zunächst sollen die vorliegenden Ergebnisse mit Zahlen aus einer acht Jahre zurückliegenden Untersuchung an der Poliklinik der psychiatrischen Klinik der Uni-

versität München verglichen werden, um etwaige Veränderungen in der Zusammensetzung der Patienten zu erfassen. Die Daten, die aus dem Jahr 1974 stammen (12, 39), beziehen sich auf die Poliklinikpatienten dieses Jahres unter Weglassung der Notfälle. Bei den jetzigen Ergebnissen aus dem Jahr 1982 dagegen sind die Notfallpatienten mit eingeschlossen, nicht aber bei der Stichprobe vom Herbst 1983.

Die Verteilung der Geschlechter unter den Poliklinikpatienten war im Jahr 1974 mit 45,5% Männern bzw. 55,5 % Frauen ähnlich der der Wohnbevölkerung. Während die Jahresherhebung 1982 zu ähnlichen Zahlen gelangt, zeigt sich in der Stichprobe ein stärkeres Überwiegen der weiblichen Patienten, ihr Anteil beträgt hier 57,0 %. Dieser Unterschied läßt sich dadurch erklären, daß sich unter den Notfallpatienten, die ja in der Stichprobe nicht erscheinen, überproportional viele Männer finden (39). Im übrigen werden in der psychiatrischen Epidemiologie allgemein bei Frauen höhere Prävalenzraten für psychische Krankheiten gefunden (13, 16, 27) als bei Männern.

Betrachtet man die Altersverteilung, so machen nach wie vor die 20- bis 50-jährigen den größten Teil der Patienten aus; Jugendliche und ältere Menschen sind im Vergleich zur Wohnbevölkerung unterrepräsentiert. Allerdings hat die Zahl der 20- bis 30-jährigen gegenüber 1974 abgenommen, so daß sich der Schwerpunkt mehr in Richtung der 30- bis 40-jährigen und vor allem der 40- bis 50-jährigen (hier eine Zunahme von 7 %) verschoben hat.

Auch die nach Geschlecht aufgeschlüsselte Altersverteilung zeigt einige Abweichungen. Bei den Altersstufen unter 45 Jahren waren 1974 die Männer in der Überzahl. 1982 überwiegen die Frauen schon bei den 40-jährigen, in der Stichprobe sogar bei den über 30-jährigen. Bei den über 45-jährigen hat sich das Übergewicht der Frauen gegenüber den Zahlen von 1974 weiter verstärkt. Bei den älteren Jahrgängen ist das Verhältnis weitgehend gleich geblieben, d.h. die Frauen sind gegenüber der Bevölkerung leicht überrepräsentiert. Als auffälligster Unterschied ergibt sich also eine Zunahme der weiblichen Patienten zwischen 30 und 50 Jahren.

Die Verteilung der Erst- und Neuaufnahmen hat sich etwas zu Gunsten der Patienten verschoben, die schon in früheren Jahren in der Poliklinik betreut wurden. Gegenüber 77 % Erstkonsultationen im Jahr 1974 finden sich jetzt nur noch 72 %, in denen auch noch Notfälle enthalten sind, so daß der tatsächliche Unterschied noch etwas größer als 5 % sein dürfte. Es ist klar, daß sich bei längerem Bestehen einer solchen Institution die Zahl der Wiederkonsultationen etwas erhöht.

An der Rechtsgrundlage der Behandlung hat sich praktisch nichts verändert. Wie erwartet werden nach wie vor die meisten Patienten (95 %) freiwillig behandelt, Zwangseinweisung aufgrund des Unterbringungsgesetzes erfolgt nur in 2 % der Fälle. 1,5 % kommen zur Erstellung von Gutachten.

Vergleicht man die Übernahme der Patienten von anderen Institutionen, so zeigt sich, daß 1974 32 %

der Patienten von selbst kamen. Der Anteil der von selbst oder mit Familienangehörigen Kommenden hat sich mittlerweile auf 40 % erhöht. Die Zahlen der von Ärzten oder Kliniken überwiesenen und der von Behörden etc. eingelieferten Patienten können einander nicht direkt gegenübergestellt werden, da die Notfälle das Bild beträchtlich verschieben.

Bei weiterer Aufschlüsselung der einweisenden Ärzte/Kliniken ergeben sich jedoch relevante Unterschiede. Gegenüber 1974 hat sich die Zahl der Patienten aus der eigenen psychiatrischen Klinik mehr als verdoppelt (1974: 9 %; 1982: 21 %). Auch die Nervenärzte haben etwas mehr Patienten überwiesen (1974: 9 %; 1982: 12 %). Möglicherweise ist dies auf eine bessere Kooperation zwischen stationärem und ambulantem Bereich in der eigenen Klinik und auch zwischen den Teilbereichen innerhalb der Poliklinik zurückzuführen. Was die Nervenarztpatienten betrifft, so ist gegenüber 1974 deren Anteil vor allem unter den Erstaufnahmen angestiegen. Dies deutet wiederum auf verbesserte Kontakte zwischen den Nervenärzten und der Poliklinik hin.

Die Patienten, die aus der eigenen Klinik kommen, sind zum größten Teil den Neuzugängen zuzuordnen, d.h. sie wurden schon früher in der Poliklinik behandelt. Anscheinend hat sich die Patientengruppe, die wechselweise verschiedene Einrichtungen der psychiatrischen Klinik in Anspruch nimmt und sich vorzugsweise dort betreuen läßt, gegenüber 1974 merklich vergrößert.

Auch in der Weiterbehandlung hat sich einiges geändert. Während 1974 ca. die Hälfte der Patienten an andere Institutionen weiterverwiesen wurde, sind es jetzt insgesamt 68 %. Zu einer stationären Aufnahme kommt es jetzt bei 37 % der Patienten gegenüber nur 21 % im Jahr 1974; bei diesen Zahlen sind in beiden Untersuchungen reguläre Patienten und Notfälle erfaßt.

Obwohl bezüglich der weiterbehandelnden Stellen wegen der Notfälle und der Unterschiede in den Erhebungsbögen kein direkter Zahlenvergleich möglich ist, lassen sich doch bestimmte Tendenzen gut erkennen. So verbleiben heute insgesamt weniger Patienten zur Weiterbehandlung in der Poliklinik. Dementsprechend haben die Empfehlungen zur stationären Aufnahme ebenso zugenommen wie die Überweisungen an niedergelassene Ärzte und andere Einrichtungen. Im Gegensatz zu 1974 wird jetzt häufiger an Nervenärzte überwiesen als an praktische Ärzte.

Für den Vergleich der Diagnosenverteilung erweist es sich als sinnvoll, die Diagnosen zu größeren Gruppen zusammenzufassen.

Etwa gleich geblieben ist die Gruppe der organischen Psychosen und Demenzen mit 4 %. Die große Gruppe der neurotischen und psychosomatischen Krankheiten, der psychogenen Reaktionen sowie der Persönlichkeitsstörungen steht zwar mit 34 % nach wie vor an erster Stelle, hat aber gegenüber der früheren Untersuchung (39) um über 10 % abgenommen. Auch die Zahl affektiver und anderer Psychosen ist um 7 % kleiner geworden. Letztere Abnahme läßt sich vermutlich durch die Einrichtung der spe-

ziellen Lithiumambulanz erklären, in der ein Teil der affektiven Psychosen therapiert wird, der in die Untersuchung nicht einging. Die größte Differenz findet sich bei den Schizophrenien. Ihr Anteil hat um 19 % zugenommen und macht jetzt etwa ein Drittel aller Diagnosen aus.

Die Diagnosenverteilung nach dem Geschlecht zeigt erwartungsgemäß nichts neues. Nach GRUENBERG (16) sind im allgemeinen die Prävalenzraten für psychische Krankheiten bei Frauen höher als bei Männern, auch die Verteilung auf einzelne Diagnosengruppen wurde schon vielfach beschrieben (13, 36, 37, 42). Dementsprechend dominieren auch in der vorliegenden Untersuchung die Frauen bei den affektiven Psychosen, Neurosen und psychosomatischen Störungen deutlich, während die Männer bei den Suchtpatienten und geringfügig bei denen mit Persönlichkeitsstörungen in der Mehrzahl sind.

Schizophrenien, organische Psychosen und Oligophrenien sind bei beiden Geschlechtern etwa gleich häufig anzutreffen. REIMANN und HÄFNER (37) erklären diese Unterschiede zumindest teilweise durch geschlechtsspezifische Verarbeitungsmuster, d.h. Männer greifen mehr zum Alkohol, Frauen neigen mehr zu Introversion und intrapunitiver Verarbeitung.

Auch die Altersverteilung der Diagnosen entspricht den Erwartungen bzw. den Angaben in der Literatur (13, 19, 26, 27).

Neurotische Krankheiten im weiteren Sinne finden sich bevorzugt im Alter zwischen 20 und 50 Jahren,

ebenso die Schizophrenie. Affektive Psychosen treten häufiger bei über 40-jährigen auf, Demenzen in noch höherem Alter. Für die Alkohol- und Drogenabhängigkeit liegt der Altersgipfel zwischen 30 und 40 Jahren.

Betrachtet man die Verteilung der Diagnosen nach dem Modus der Einweisung, so fällt auf, daß die Schizophrenen nicht mehr ganz so häufig von selbst kommen. Dafür aber kommen die Kranken mit affektiven Psychosen und die Alkohol- und Drogenabhängigen, die früher öfter von Ärzten oder Kliniken überwiesen wurden, jetzt ebenso oft von selbst wie die Schizophrenen (jeweils ca. 44 %). Auch bei der Gruppe der neurotischen Krankheiten ist dieser Trend festzustellen, wobei innerhalb der doch recht heterogenen Gruppe die Persönlichkeitsgestörten am häufigsten von selbst kommen, die psychosomatischen Patienten dagegen vorwiegend von Ärzten oder Kliniken. ZINTL-WIEGAND (54) berichtet in einer Untersuchung über die Häufigkeit psychischer Störungen in Allgemeinpraxen, daß ca. ein Drittel der Patienten an solchen Störungen leidet, wobei Neurosen und psychosomatische Erkrankungen ganz im Vordergrund stehen.

Bei den Überweisungen vom Nervenarzt ist der Prozentsatz der Schizophrenen, neurotischen Krankheiten und der Alkohol- und Drogenabhängigkeit etwa gleich geblieben. Patienten mit affektiven Psychosen werden 1982 seltener von Nervenärzten und häufiger von anderen Ärzten oder Kliniken geschickt.

Die eigene psychiatrische Klinik überweist in erster Linie Schizophrenen und affektive Psychosen

an die Poliklinik.

In der Voruntersuchung (39) fehlt eine vollständige Übersicht über die Weiterbehandlung der verschiedenen Patientengruppen in der Poliklinik oder in anderen Einrichtungen. Die dort auffindbaren Zahlen eignen sich nicht zu einem Vergleich mit den jetzigen Ergebnissen.

Diese zeigen, daß man sich am häufigsten bei organischen Psychosen (62 %), gefolgt von Schizophrenien, affektiven Psychosen, psychogenen Reaktionen sowie der Alkohol- und Drogenabhängigkeit (jeweils knapp über 40 %) zur stationären Aufnahme entschließt. Suchtpatienten werden im Vergleich zu 1974 häufiger in auswärtige psychiatrische Kliniken eingewiesen als in die eigene.

In der Poliklinik werden vor allem Patienten mit Neurosen, psychosomatischen Krankheiten, affektiven Psychosen und Schizophrenien weiterbehandelt. Zum Nervenarzt werden vorrangig Patienten mit Neurosen, Schizophrenien und psychogenen Reaktionen geschickt. Zu keiner Weiterbehandlung kommt es häufig bei Suchtpatienten und solchen mit Persönlichkeitsstörungen.

Die Diagnose "psychogene Reaktion" war in 8 % der Fälle zu stellen. Charakteristisch sind ein leichtes Überwiegen der Frauen, ein Altersgipfel zwischen 20 und 30 Jahren, ferner die vergleichsweise häufige Einweisung von Notarzt und Polizei (25 %) bzw. von anderen Ärzten oder Kliniken (30 %). Die Weiterbehandlung erfolgt nur zu einem kleinen Teil (12 %) in der Poliklinik, vorwiegend stationär und

bei niedergelassenen Ärzten. Dies weist darauf hin, daß es sich größtenteils um Notfälle und akute Dekompensationen handelt. Bei diesen übernimmt die Poliklinik die Funktion der Krisenintervention (40) und Vorschaltambulanz (8), wobei bei dem ersten und oft einzigen Besuch die Zuordnung zu einer weiteren Diagnosengruppe noch nicht möglich war.

7.2 Vergleich der Ergebnisse mit denen anderer ambulanter Einrichtungen

Nun werden die eigenen Untersuchungsergebnisse denen anderer Polikliniken bzw. Ambulanzen an Krankenhäusern gegenübergestellt.

Die Poliklinik München weist eine Geschlechtsverteilung von 43 % Männern und 57 % Frauen auf. Diese Zahlen decken sich exakt mit denen der Poliklinik Göttingen (35), während in der Ambulanz der Rheinischen Landesklinik Köln (26) die Frauen mit 61 % noch stärker überwiegen.

In der Poliklinik München sowie in den beiden anderen Einrichtungen sind jeweils knapp 30 % der Patienten jünger als 30 Jahre. Während in Göttingen mehr ältere Patienten betreut werden (23 % älter als 60 Jahre), sind in München und Köln über 60 % der Patienten mittleren Alters. Nach GRUENBERG (16) sind es übrigens auch die mittleren Jahrgänge, die von allen psychisch Kranken am häufigsten in psychiatrische Behandlung kommen.

In der Diagnosenverteilung überwiegt in der Poliklinik München sowie in allen vergleichbaren Institutionen (26, 32, 35, 53) die große Gruppe der

Neurosen, psychosomatischen Krankheiten, psychogenen Reaktionen und Persönlichkeitsstörungen mit einem Anteil von 34 bis 40 %. In München und in der psychiatrischen Ambulanz in Mannheim (53) folgt dicht dahinter die Schizophrenie mit 30 bzw. 28 %, während sich in Göttingen (35) und in der Ambulanz der psychiatrischen Klinik Emden (32) nur etwa halb so viele Schizophrenen finden.

Sowohl in München, als auch in Mannheim und in der Rheinischen Landeslinik Köln wurde in den letzten Jahren ein Zuwachs an Schizophrenen in der Ambulanz beobachtet. Ein Ansatz zur Erklärung hierfür könnte in einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Ambulanz und zugehöriger Klinik liegen. JAKUMEIT und NEHLS (26) erklären sich die in Köln seit 1975 beobachtete Abnahme der neurotischen Krankheiten im weiteren Sinne bei einer Zunahme der Psychosen in der Ambulanz (8) damit, daß die Ambulanz vermehrt ehemalige stationäre Patienten aus der Klinik zur Nachsorge übernimmt. Da auch die Poliklinik München jetzt mehr Patienten aus der eigenen Klinik übernimmt als 1974, könnte diese Hypothese hier ebenfalls zutreffen.

Zudem wird in Gebieten, in denen die ambulante psychiatrische Versorgung großzügig ausgebaut wurde, eine Abnahme der - insbesondere für lange Zeit hospitalisierten - schizophrenen Patienten im stationären Bereich beobachtet; als Beispiele können Mannheim (17, 20) und Dänemark (49) gelten. In München, wo kein derart umfassendes psychiatrisches Versorgungssystem existiert, hat die Poliklinik offensichtlich teilweise die Aufgaben eines sozialpsychiatrischen Dienstes mit übernommen. Schizophre-

ne stellen nach BAUER (3, 4) und KATSCHNIG (28) mit mehr als einem Drittel den größten Anteil der Patienten in sozialpsychiatrischen Diensten.

Die affektiven Psychosen sind mit einer Rate von 10 % in München bis zu 17 % in Göttingen vertreten. Dazwischen bewegen sich die Zahlen aus Mannheim, Emden und Köln. Daß München hier an letzter Stelle steht, erklärt sich unter anderem damit, daß ein Teil der betreffenden Patienten in der speziellen Lithium-Ambulanz betreut wird und von der Untersuchung nicht erfaßt wird.

Die Zahl der Alters- und organischen Psychosen bewegt sich in fast allen genannten Einrichtungen um die 5 %. Eine Ausnahme stellt die Poliklinik Göttingen mit 13 % dar; wie schon erwähnt werden dort ja auch mehr ältere Patienten behandelt. Patienten mit Alterspsychosen werden häufig bei ihrem Hausarzt behandelt (54), vor allem werden sie oft stationär aufgenommen (10, 32, 49, 53). Die stationäre Aufnahme ist manchmal schon aus dem Grund erforderlich, daß sich gerade bei älteren Alleinstehenden niemand findet, der die Betreuung zuhause übernehmen könnte (45).

Die Diagnose "Alkoholabhängigkeit und andere Suchten" wurde in Mannheim in 9 % der Fälle gestellt, in München zu 11 % und in den übrigen Ambulanzen zu 13 bis 16 %. In Mannheim existiert allerdings ein Kriseninterventionsdienst (18), dessen Patienten zu mehr als einem Fünftel Alkoholiker sind. In München werden die Suchtpatienten, die in die Poliklinik kommen, nur zu einem geringen Teil (14 %) dort und bei Nervenärzten (6 %) weiter betreut.

44 % der Suchtpatienten werden stationär aufgenommen. Eine eingeschränkte Therapiemotivation dieser Patienten, teilweise sicher auch die ziemlich starke Auslastung der Poliklinik und das Fehlen anderer erreichbarer ambulanter Behandlungseinrichtungen, dürften dafür ausschlaggebend sein, daß gut ein Fünftel der Alkohol- und Drogenabhängigen ohne Weiterbehandlung bleibt.

Die Einweisungsquellen der Poliklinik München unterscheiden sich von denen der Poliklinik Göttingen (35) ganz erheblich.

In München kommen 40 % der Patienten von selbst bzw. mit Familienangehörigen; 27 % kommen von anderen Ärzten oder Kliniken, 8 % aus der eigenen psychiatrischen Klinik und 5 % von niedergelassenen Nervenärzten.

Die Hälfte der Göttinger Patienten kommt von anderen Ärzten oder Kliniken, 23 % suchen die Ambulanz aus eigenem Antrieb auf, 22 % werden von der eigenen Klinik und nur 1,5 % von Nervenärzten überwiesen.

Diese Unterschiede lassen sich zumindest bedingt durch die Charakterisierung der Poliklinik Göttingen (35) erklären. Sie ist räumlich in das große Universitätsklinikum eingegliedert, so daß andere medizinische Disziplinen gerne von der schnellen Überweisungsmöglichkeit zum Psychiater, z.B. zur kurzfristigen Abklärung von Suizidalität oder psychosomatischer Mitbeteiligung, Gebrauch machen. Zudem ist der Zugang für die Patienten durch organisatorisch-bürokratische Hindernisse im Vergleich zu anderen Polikliniken sehr erschwert. Die logi-

sche Folge daraus ist, daß weniger Patienten von selbst den Weg in die Poliklinik finden und mehr von Ärzten überwiesen werden oder von anderen Kliniken kommen.

Auch die Weiterbehandlungsvorschläge weichen in den beiden Polikliniken deutlich voneinander ab.

In Göttingen wird zu 85 % eine ambulante Weiterbehandlung empfohlen; zu 70 % in der eigenen Poliklinik. In München dagegen wird nur bei 59 % der Patienten eine ambulante Behandlung vorgeschlagen, dies zu 32 % in der eigenen Poliklinik. Dementsprechend wird in München häufiger zur stationären Aufnahme geraten oder an niedergelassene Ärzte, insbesondere an Nervenärzte, überwiesen. Die Ursache dieser doch beträchtlichen Differenzen zwischen den beiden Polikliniken läßt sich nicht völlig klären. Einerseits liegt der Schwerpunkt in Göttingen eher bei den neurotischen Krankheiten, die ja auch in München selten stationär aufgenommen werden. Andererseits spielen wohl auch die bereits erwähnten räumlichen Gegebenheiten eine Rolle: die Funktion als Konsiliardienst dürfte in Göttingen stärker als in München ins Gewicht fallen; außerdem werden wohl manche in der Poliklinik Göttingen "ambulant" geführte Patienten dort wegen einer somatischen Diagnose stationär behandelt werden.

Daß sich die Patienten der Poliklinik München von der Klientel der niedergelassenen Nervenärzte in mehreren Kriterien unterscheiden, wurde schon in einigen Untersuchungen (1, 2, 12, 14, 46) dargelegt. Die vorliegenden Ergebnisse aus dem Jahre 1982 sollen noch einmal zu einem kurzen Vergleich

herangezogen werden. Die Zahlen aus den Nervenarztpraxen beziehen sich jeweils nur auf die psychiatrischen Patienten.

Was die Personendaten betrifft, so überwiegen die Frauen unter den Nervenarztpatienten mit einem Anteil von über 60 % (14, 43) noch etwas stärker als in der Poliklinik (57 %). Die Altersverteilung der Nervenarztpatienten ist bis auf die unter 20-jährigen, die auch dort unterrepräsentiert sind, eher der der Wohnbevölkerung angenähert. Nach DILLING (13, 14) überwiegen die Frauen vor allem bei den 40- bis 60-jährigen, während in der Poliklinik der Gipfel bei den 30- bis 50-jährigen liegt. Dies entspricht wiederum eher der Untersuchung von SCHÜSSLER u.a. (43) über Nervenarztpraxen in Berlin; dort sind die Frauen in den mittleren Jahrgängen in der Mehrzahl, während in den älteren Jahrgängen sogar die Männer dominieren.

Betrachtet man die Diagnosenverteilung, so ist allen Untersuchungen über Nervenarztpraxen (10, 14, 43, 51) eines gemeinsam: Neurosen im weiteren Sinne und affektive Psychosen stehen im Vordergrund. Ist die Ausrichtung der Praxen stärker psychotherapeutisch (51), so kann die Gruppe der Neurosen bis zu 63 % einnehmen; in anderen Untersuchungen (10) sind Neurosen und affektive Psychosen eher gleich häufig. Insgesamt werden sowohl Neurosen (über 45 %), als auch affektive Psychosen (über 16 %) häufiger bei Nervenärzten als in der Poliklinik München (34 % bzw. 10 %) behandelt.

Schizophrene werden von Nervenärzten viel seltener behandelt (4 bis 7 % der Patientenkartei) als

in der Poliklinik. Wie nach den Diagnoseschwerpunkten zu erwarten, schicken die Nervenärzte anteilmäßig am häufigsten Schizophrene zur Behandlung in die Poliklinik. Umgekehrt überweist die Poliklinik primär neurotische Krankheiten an die Nervenärzte.

Organische Psychosen und Alterskrankheiten werden trotz der höheren Zahl älterer Patienten bei Nervenärzten dort eher etwas seltener behandelt. Hier spielen wieder die schon erwähnten, einer häuslichen Betreuung entgegenstehenden Hindernisse eine Rolle.

Eine größere Differenz besteht auch bei den Alkohol- und Suchtpatienten, die stärker unter den Poliklinikpatienten vertreten sind: 11 % gegenüber 3 bis 4 % bei Nervenärzten; eine Ausnahme bildet die Untersuchung von KATSCHNIG (28), die eine Rate von 16 % Suchtpatienten aufweist.

Die Verbindung der Poliklinik München zu den niedergelassenen Nervenärzten sieht für 1982 so aus, daß 5 % aller Poliklinikpatienten vom Nervenarzt kommen und 15 % an Nervenärzte überwiesen werden. Die niedergelassenen Nervenärzte übernehmen also mehr Patienten von der Poliklinik München als sie selbst dorthin überweisen.

Sozialpsychiatrische Dienste, wie sie von BAUER (3) für Hannover und von KATSCHNIG (28) für den Verwaltungsbezirk Mistelbach/Österreich beschrieben werden, wurden hauptsächlich als Nachsorgeambulanzen für psychiatrische Kliniken konzipiert. Offensichtlich profitieren vor allem die in der Gemeinde le-

benden chronisch Kranken, die von sich aus nicht zum Nervenarzt gehen, von der flexibleren und aktiveren Betreuung mit vielen Hausbesuchen. Die vorherrschenden Diagnosen sind Alkoholabhängigkeit und Suchtkrankheiten (20 % in Hannover bzw. 25 % in Mistelbach), deren Zahl in der Poliklinik und bei den Nervenärzten wesentlich niedriger liegt, sowie Schizophrenien (30 % in Hannover bzw. 43 % in Mistelbach), deren Rate in der Poliklinik München ähnlich hoch liegt (34 %).

7.3 Arbeitsweise der Poliklinik und therapeutische Schwerpunkte

Da in der Stichprobe 1983 sämtliche Patientenkontakte während 30 Tagen registriert wurden, lassen sich Aussagen über ihre Verteilung auf die verschiedenen Therapeuten und darüber treffen, welche Patienten häufiger oder seltener kommen und ob sie dabei viel oder wenig Zeit beanspruchen.

Insgesamt wurden 839 Kontakte registriert, zwei Drittel davon bei Ärzten, 14 % bei der Sozialpädagogin und 19 % beim Pflegepersonal. Im Verlauf dieses Monats waren allerdings über 90 % aller Patienten mindestens einmal bei einem Arzt und 28 % beim Pflegepersonal. Über die in diesen 28 % enthaltenen eingehenderen Kontakte hinaus muß wegen der Anmeldeformalitäten jeder Patient bei jedem Besuch wenigstens kurz mit einer Schwester oder einem Pfleger sprechen. Die Kontakte mit dem Pflegepersonal spielen insofern eine Rolle, als die oft geforderte Behandlungskontinuität (4, 5) in der Poliklinik wegen des häufigen Arztwechsels eher noch durch das Pflegepersonal gewährleistet ist. Bei den Patien-

ten der Sozialpädagogin handelt es sich vor allem um schizophrene und neurotische Patienten (zusammen 59 %).

In den 30 Tagen wurde eine durchschnittliche Konsultationshäufigkeit von 2,5 Besuchen pro Patient errechnet, was den Angaben für die Poliklinik in Hannover (4) entspricht und dicht unter der Besuchshäufigkeit der psychiatrischen Ambulanz in Emden (32) liegt. 38 % der Patienten kommen nur einmal im Monat in die Poliklinik, 14 % öfter als viermal, der Rest liegt dazwischen.

Betrachtet man die einzelnen Diagnosengruppen, so stellt sich heraus, daß neurotische Patienten bei weitem am häufigsten zur Behandlung kommen; es folgen die Patienten mit affektiven Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenien.

Mit Ausnahme der Persönlichkeitsstörungen sind das auch gleichzeitig die Diagnosen, die am häufigsten bei den Wiederholern zu finden sind. Auch in den Nervenarztpraxen (13) findet sich eine größere Konsultationshäufigkeit bei Wiederholern als bei Erstaufnahmen.

Damit ist aber noch nicht gesagt, daß oft gesehene Patienten auch die meiste Zeit der Ärzte beanspruchen. Insgesamt war die Hälfte der Patienten weniger als eine Stunde im Monat in Behandlung, 12 % länger als vier Stunden, der Rest eine bis vier Stunden.

Die Aufschlüsselung nach Diagnosen zeigt, daß Schizophrenien und affektive Psychosen, die eine hohe

Besuchsfrequenz aufweisen, trotzdem nur sehr wenig Behandlungszeit beanspruchen, d.h. sie haben vorwiegend viele kurze Kontakte. Neurosen dagegen haben die höchste Kontaktfrequenz und gleichzeitig die längsten Behandlungszeiten, so daß sich mit vielen langen Kontakten die Behandlung dieser Gruppe sehr zeitaufwendig gestaltet. Patienten mit organischen Psychosen und psychogenen Reaktionen benötigen eher kürzere Behandlungszeiten und weniger Kontakte, was auch den häufigen Überweisungen an andere Stellen entspricht.

Im Untersuchungszeitraum der Stichprobe wurden 251 Untersuchungen durchgeführt. Bei den Erstaufnahmen steht die eingehende psychiatrische Untersuchung im Vordergrund (62 %), es folgt die biographische Anamnesenerhebung unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten (18 %). Bei den Wiederholern dagegen werden sehr viel häufiger technische Untersuchungen durchgeführt (23 %) oder Laborwerte abgenommen (48 %), die ja auch nicht zur Feststellung von psychischen Krankheiten dienen, sondern zur Kontrolle von Serumspiegeln bestimmter Medikamente, beispielsweise Lithium.

Was die therapeutische Tätigkeit betrifft, so steht an erster Stelle die Behandlung mit Psychopharmaka (31 % aller therapeutischen Leistungen), davon zwei Drittel oral und ein Drittel in Depotform. Fast genauso häufig (27 %) wird eine psychiatrische Behandlung durchgeführt. Die psychotherapeutischen Verfahren machen 13,5 % aller Behandlungen aus, während andere Formen wie Partner-, Familien- und Gruppentherapie, sozialtherapeutische Verfahren,

Beratungen und Notfallbehandlungen zwischen drei und fünf Prozent liegen. Der hohe Anteil der Pharmakotherapie korreliert mit dem relativ hohen Anteil an Psychosen im Krankengut, die psychotherapeutischen Verfahren werden ja eher beim neurotischen Formenkreis angewandt.

Bei den verschiedenen Diagnosengruppen dominieren jeweils unterschiedliche Therapieformen.

Die Behandlung der Schizophrenien besteht zu über 50 % in der Gabe von Psychopharmaka, wobei die Depotform bevorzugt wird (38 %). Es gilt heute als unumstritten (6, 44), daß schizophrene Patienten, die regelmäßigen Kontakt zu ambulanten Diensten aufrechterhalten, weniger oft rehospitalisiert werden müssen als solche, die dies nicht tun. Die neuroleptische Dauermedikation (21, 22, 23) bewahrt oft Kranke vor einer Verschlechterung des psychischen Befindens und kann Rezidive verhüten. Allerdings herrscht allgemein in der Literatur die Ansicht, daß erst die Kombination mit psycho- und sozialtherapeutischen Maßnahmen als optimal angesehen werden kann (38) und daß das Herstellen einer kontinuierlichen positiven Beziehung zu den Patienten, unabhängig von der Art der Behandlung, unverzichtbar ist. (34). Die psychiatrische Behandlung und gelegentlich auch die Psychotherapie haben also durchaus einen wichtigen Stellenwert in der Therapie der Schizophrenien.

Die Therapie der affektiven Psychosen stützt sich ebenfalls vorwiegend auf die psychiatrische und medikamentöse Behandlung; letztere besteht hauptsächlich in der Gabe von Antidepressiva und einer

eventuellen Lithiumprophylaxe. Bei einigen Patienten kann jedoch auch die psychotherapeutische Behandlung erfolgreich sein, z.B. um gleichzeitig bestehende neurotische Konflikte aufzudecken oder um reale oder phantasierte Verluste besser verarbeiten zu können (15). Sozialtherapeutische Verfahren sollen es den Patienten ermöglichen, durch Rollenspiele und ähnliches sich von festgefahrenen Kommunikationsformen zu befreien und bessere Ausdrucksmöglichkeiten für ihre eigene Persönlichkeit zu finden (15).

Neurosen und psychosomatische Störungen werden erwartungsgemäß am häufigsten psychotherapeutisch behandelt (davon 10 % in der Gruppe). Die Psychopharmakotherapie spielt hier eine geringere Rolle, jedoch scheinen gerade Patienten mit psychosomatischen Symptomen gut auf eine Kombination von Psychotherapie mit medikamentöser Behandlung (25) anzusprechen. Außerdem werden auch Beratungen, therapeutische Gespräche und das sozialtherapeutische Rollenspiel angewandt.

Ähnlich verhält es sich mit der Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie und psychiatrische Behandlung stehen an erster Stelle, dann folgt die Pharmakotherapie, die sich bei diesen Patienten eher gegen die Symptome wie Depressivität oder Angst richtet, weniger gegen die Persönlichkeitsstruktur an sich (24).

Bei den psychogenen Reaktionen sind die einzelnen Therapieformen gleichmäßiger verteilt. Die psychiatrische Behandlung nimmt mit 14 % hinter dem therapeutischen Gespräch und der psychotherapeutischen

Behandlung erst die dritte Stelle ein, zudem kommt es hier am häufigsten zu einer Behandlung in Notfall- oder Konfliktsituationen (8 %). Da es sich bei dieser Diagnose weniger als bei den anderen um eine einheitliche Kategorie handelt, muß jeweils im Einzelfall entschieden werden, welche Therapie vorrangig angewandt werden soll.

In der Therapie der organischen Psychosen stehen die psychiatrische Behandlung (36 %) und die orale Pharmakatherapie (32 %) mehr als bei jeder anderen Diagnose im Vordergrund. Wegen der geringen Fallzahl kann man über die anderen Therapieformen keine allgemeingültigen Aussagen machen.

Nun sollen die Patienten betrachtet werden, mit denen keine Weiterbehandlung vereinbart werden konnte.

Bezüglich der Diagnosen handelt es sich weitaus am häufigsten um Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeits- bzw. Suchtkrankheiten. Eine Untersuchung über entlassene stationäre Patienten (29) zeigt ebenfalls, daß Patienten mit diesen beiden Diagnosen die Nachsorgeeinrichtungen am wenigsten in Anspruch nehmen. WÄLTI u.a. (52) fanden, daß Therapieabbrecher allgemein vermehrt zu Skepsis gegenüber ihren Mitmenschen neigen und regressive Bedürfnisse eher verleugnen. Dies trifft für viele Persönlichkeitsgestörte zu (24), denen es schwerfällt, tragfähige zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen. Die Gabe von Medikamenten hingegen scheint die Patienten enger an die psychiatrische Institution zu binden (52). Dementsprechend haben auch in der vorliegenden Untersuchung Schizophrenie

und Patienten mit affektiven Psychosen, die häufig Medikamente erhalten, die geringsten Therapieabbruchsquoten.

Bezüglich des Einweisungsmodus in die Poliklinik bleiben am häufigsten die Patienten ohne Weiterbehandlung, die von selbst oder mit der Polizei bzw. dem Notarzt gekommen sind. Die geringste Therapieabbruchsquote haben die Patienten aus der eigenen psychiatrischen Klinik und die von Nervenärzten Überwiesenen.

Im allgemeinen wird unter anderem auch häufiger Wechsel der Therapeuten für Therapieabbrüche verantwortlich gemacht (50). Dies scheint aber nicht für alle Patienten zuzutreffen, da z.B. nach KISKER (30) für manche übergeföuge, sich anklammern-
de Depressive eine personelle Kontinuität im therapeutischen Bereich nicht unbedingt angezeigt ist. Nach SAFIRSTEIN (41) kann sich die Bindung der schizophrenen Patienten zu einem Team bzw. zu einer Institution ebenso günstig auswirken wie die zu einem einzelnen Therapeuten.

Abschließend soll noch der Versuch gemacht werden, den Weg der Patienten von der Einweisungsquelle über die Poliklinik zur weiterbehandelnden Stelle zu verfolgen.

Patienten aus der eigenen psychiatrischen Klinik werden selbstverständlich hauptsächlich in der Poliklinik weiterbehandelt. Nervenarztpatienten werden zur Hälfte stationär aufgenommen, die ambulante Behandlung erfolgt etwa zu gleichen Teilen wieder beim Nervenarzt und in der Poliklinik. Pa-

tienten von anderen Ärzten oder Kliniken werden zu einem Drittel stationär aufgenommen, zu einem Drittel in der Poliklinik weiterbehandelt, vom Rest werden verhältnismäßig viele (9 %) zum Hausarzt überwiesen. Am häufigsten stationär aufgenommen (64 %) werden die vom Notarzt und der Polizei eingelieferten Patienten.

Bei den Patienten, die aus eigenem Antrieb kommen, ist eine stationäre Aufnahme nur selten (23 %) erforderlich. Knapp die Hälfte wird von der Poliklinik und von Nervenärzten weiterbehandelt, ein Viertel bleibt wie schon erwähnt ohne Weiterbehandlung.

8. Zusammenfassung

Die vorliegende Untersuchung wurde an der Poliklinik der psychiatrischen Klinik der Universität München durchgeführt. Sie soll einerseits Besonderheiten in der Zusammensetzung der Poliklinikpatienten erfassen und diese mit früheren Ergebnissen aus der Poliklinik München sowie mit Daten anderer ambulanter Einrichtungen in Beziehung setzen. Andererseits soll die Betreuung der Patienten durch die Poliklinik dargestellt werden und Schwerpunkte im therapeutischen Bereich aufgezeigt werden.

Auf dem Erhebungsbogen A wurden während des Jahres 1982 für 1694 Patienten klinische und demografische Merkmale dokumentiert wie Alter, Geschlecht, Wohnort, Diagnose, Erst-/Neuaufnahme, Zuweisungsmodus, weiterbehandelnde Stelle. Auf dem Erhebungsbogen B wurden während 30 Tagen des Jahres 1983 für 278 Patienten alle Kontakte mit der Poliklinik, deren Häufigkeit und Dauer, sowie alle therapeutischen Leistungen erfaßt.

8.1 Eigene Ergebnisse

76 % der Poliklinikpatienten sind zwischen 20 und 50 Jahre alt. Die Frauen sind leicht überrepräsentiert, besonders unter den über 40-jährigen. Zum ersten Mal kommen 72 % der Patienten in die Poliklinik. Die meisten erscheinen auf eigene Veranlassung oder werden von Familienangehörigen gebracht (zusammen 40 %), oder sie werden von anderen Ärzten oder Kliniken überwiesen (27 %). Von Polizei, Notarzt oder Sanitätern werden 14,5 % der Patienten gebracht, 8 % kommen aus der eigenen psychiatrischen Klinik.

Unter den Diagnosen dominiert die große Gruppe der Neurosen, psychosomatischen Krankheiten, Persönlichkeitsstörungen und Psychogenen Reaktionen mit 34 %; es folgen die Schizophrenien mit 30 %, Alkohol- und Drogenabhängigkeit mit 11 % und Affektive Psychosen mit 10 %.

Nach dem ersten Kontakt mit der Poliklinik werden 32 % der Patienten dort weiterbehandelt, 24,5 % in die eigene psychiatrische Klinik eingewiesen und 15 % an niedergelassene Nervenärzte überwiesen.

8.2 Veränderungen gegenüber einer Untersuchung aus dem Jahr 1974

Der Anteil der 20-30-jährigen Patienten hat sich um 5 % verringert. Der Schwerpunkt hat sich mehr in Richtung der 30-40-jährigen und vor allem der 40-50-jährigen verschoben (hier eine Zunahme von 7 %). Insgesamt zeigt sich eine Zunahme der weiblichen Patienten zwischen 30 und 50 Jahren. Zugenommen hat auch der Anteil der Neu- bzw. Wiederaufnahmen (1982: 28 %, 1974: 23 %).

Bezüglich der Übernahme der Patienten von anderen Institutionen zeigt sich, daß 1982 mehr Patienten (40 %) aus eigener Veranlassung in die Poliklinik kommen als 1974 (32 %). Beträchtlich erhöht hat sich auch die Zahl der Patienten aus der eigenen psychiatrischen Klinik (1982: 21 %, 1974: 9 %). Diese Patienten wurden zu fast 90 % schon früher in der Poliklinik behandelt. Offensichtlich gibt es inzwischen eine größere Patientengruppe, die wechselweise verschiedene Einrichtungen der psychiatrischen Klinik in Anspruch nimmt. Auch die Einweisungen durch niedergelassene Nervenärzte ha-

ben um 3 % zugenommen.

In der Diagnosenverteilung fällt vor allem die um 19 % erhöhte Rate der Schizophrenien auf; dementsprechend eine Abnahme der Affektiven Psychosen und Neurosen.

Nach der Untersuchung oder Behandlung wurde 1974 die Hälfte der Patienten an andere Institutionen verwiesen, 1982 dagegen 68 %. Im Gegensatz zu 1974 wird jetzt häufiger an Nevenärzte überwiesen als an praktische Ärzte.

8.3 Vergleich mit anderen ambulanten Einrichtungen

Andere psychiatrische Ambulanzen (26, 32, 35, 53) weisen eine ähnliche Diagnosenverteilung auf wie die Poliklinik München. Die größte Abweichung besteht in der hohen Rate Schizophrener, die sonst nur in Mannheim (53) gefunden wird. Sowohl in München, als auch in Mannheim (53) und in Köln(26) wurde ein Zuwachs von Schizophrenen in der Ambulanz beobachtet. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, daß die Ambulanzen vermehrt stationäre Patienten zur Nachsorge übernehmen. Außerdem gibt es nicht überall sozialpsychiatrische Dienste (3, 4, 28), die solche Kranken betreuen könnten.

In der Poliklinik Göttingen (35) werden mehr Alterspsychosen, mehr Neurosen und etwas mehr Suchtpatienten behandelt als in München. In Göttingen kommen nur 23 % der Patienten von selbst (in München 40 %), es werden mehr von Ärzten überwiesen (die Ambulanz befindet sich allerdings in einem Großklinikum).

Die niedergelassenen Nervenärzte übernehmen mehr Patienten zur Weiterbehandlung von der Poliklinik (15 %) als sie selbst dorthin überweisen (5 %). Anteilmäßig schicken die Nervenärzte am häufigsten Schizophrenen in die Poliklinik.

8.4 Betreuung der Patienten und Therapieverlauf

Insgesamt wurden in der Stichprobe in 30 Tagen 839 Patientenkontakte registriert, davon zwei Drittel bei Ärzten. Die durchschnittliche Konsultationshäufigkeit liegt bei 2,5 Besuchen in 30 Tagen. Neurotische Patienten kommen weitaus am häufigsten zur Behandlung und haben auch viele lange Kontakte. Schizophrene und Patienten mit Affektiven Psychosen haben viele Kontakte mit kurzen Besuchszeiten. Diese Patienten wurden zu 92 bzw. 87 % schon früher in der Poliklinik behandelt. Sie kommen häufig von selbst oder aus der eigenen psychiatrischen Klinik. Insgesamt ist die Konsultationshäufigkeit bei Wiederholern höher als bei Erstaufnahmen.

Bezüglich der Diagnosenstellung stehen vor allem bei den Erstaufnahmen die "eingehende psychiatrische Untersuchung" und die "biografische Anamnesenerhebung" im Vordergrund. Bei den Wiederholern werden auch oft technische- und Laboruntersuchungen durchgeführt, um z.B. Medikamentenspiegel im Blut zu kontrollieren.

Die therapeutischen Schwerpunkte liegen bei der "eingehenden psychiatrischen Behandlung" und der Behandlung mit Psychopharmaka (beide vor allem bei Psychosen angewandt); sie machen zusammen 58 % aller Behandlungen aus. Es folgen die psychotherapeutischen

Verfahren mit 13,5 % , die hauptsächlich bei Neurosen, psychogenen Reaktionen und Persönlichkeitsstörungen eingesetzt werden.

Zum Abbruch einer Therapie schließlich neigen vor allem Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und Alkohol- oder Drogenabhängigkeit. Schizophrene und Patienten mit Affektiven Psychosen brechen sehr selten eine Therapie ab. Bezüglich des Einweisungsmodus haben die Patienten aus der eigenen psychiatrischen Klinik und die vom Nervenarzt Überwiesenen die niedrigste Therapieabbruchsquote.

9. Anhang

Definition der wichtigsten therapeutischen Leistungen nach dem "Krankenhaustarif für ambulante Leistungen und stationäre Nebenleistungen" (31)

Psychiatr. Untersuchung eingehend (801):

Eingehende psychiatrische Untersuchung ggf. unter Einschaltung der Bezugs- oder Kontaktperson.

Biografische Anamnese neurosenpsychol. (860):

Erhebung einer biografischen Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten mit schriftlichen Aufzeichnungen zur Einleitung und Indikationsstellung bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie, auch in mehreren Sitzungen.

Fremdanamnese (835):

Einmalige, vom Arzt veranlaßte, nicht im zeitlichen Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung durchgeführte Erhebung der Fremdanamnese über einen psychisch Kranken.

Psychiatr. Behandlung, eingehend (804):

Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch, auch mit gezielter Exploration.

Psychiatr. Behandl. in akuter Konfliktsituation (806):

Psychiatrische Behandlung durch gezielte Exploration und eingehendes therapeutisches Gespräch auch in akuter Konfliktsituation ggf. unter Einschluß eines eingehenden situationsregulierenden Kontaktgesprächs mit Dritten.

Psychiatr. Behandl. als Notfallbehandl. (812):

Psychiatrische Notfallbehandlung bei Suicidversuch und

anderer psychischer Dekompensation durch sofortige Intervention und eingehendes therapeutisches Gespräch.

Psychotherapeut. Behandlung (849):

Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen und neurotischen Störungen.

10. Literaturverzeichnis

- 1) BAUER M., ROSE K.H.: Ambulante Dienste für psychisch Kranke.
Köln, Rheinland, 1981
- 2) BAUER M.: Gemeindenahe Versorgung oder: Es geht auch anders, aber so geht es auch.
Psychiatr. Praxis 7 (1980) 255-265
- 3) BAUER M.: Poliklinische Versorgung unter dem Aspekt der Sektorisierung.
Therapiewoche 27 (1977) 3499-3510
- 4) BAUER M.: Sektorsierte Psychiatrie.
Stuttgart, Enke 1977
- 5) BENNET D.: Community Mental Health Services in Britain.
Amer.J.Psychiat. 130 (1973) 1065-1070
- 6) BOSCH G., PIECZCKER A.: Nachbehandlung krankenhausesentlassener schizophrener Patienten - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In:
Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD.
Bonn 1975, S.344-360
- 7) CREUTZ R., KÄHLER H.D., V.WEDEL-PARLOW U.: Auswirkungen einer Ambulanz an psychiatrischen Krankenhäusern auf die psychiatrische Versorgung.
Nervenarzt 53 (1982) 39-45
- 8) CREUTZ R., KÄHLER H., SCHMIDT U.: Zur Bedeutung ambulanter Dienste für die Versorgung psychisch Kranker. In:
Kuhlenkampff C., Pickard W., Gemeindenahe Psychiatrie.
Rheinland-Verlag 1975
- 9) DEGKWITZ R., HELMCHEN H., MEYER J.E., NOMBOUR W.: Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten.
Berlin-Heidelberg-New York; Springer 1971
- 10) DEGKWITZ R., RÖMER K., RUDOLPH W., SCHULTE P.W.: Die Verteilung psychiatrischer und neurologischer Krankheitsformen in Nervenarztpraxen und psychiatrischen Großkrankenhäusern.
Spektrum 4, 1973

- 11) DEUTSCHER BUNDESTAG: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland.
Bonn 1975
- 12) DILLING H.: Die Versorgungsleistung der Psychiatrischen Poliklinik am Beispiel der Uni-Poliklinik München.
Therapiewoche 27 (1977), 3561-3566
- 13) DILLING H., WEYERER S.: Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung.
München, Wien, Baltimore, Urban und Schwarzenberg 1978
- 14) DILLING H., WEYERER S., LISSON H.: Zur ambulanten psychiatrischen Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte.
Social.Psych. 10 (1975), 111-131
- 15) GELENBERG A.J.: Affective disorders. In: Lazare A.: Outpatient Psychiatry, Diagnosis und Treatment.
Williams & Wilkins 1979
- 16) GRUENBERG E.M.: Science of Human Behaviour: Quantitative and Experimental Methods in Psychiatry. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry
1983
- 17) HÄFNER H., KLUG J.: Wissenschaftliche Begleitung der Entwicklung einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung in Mannheim. Bürgernahe Psychiatrie im Wirkungsbe- reich des psychiatrischen Krankenhau- ses, perimed Fachbuch-Verlag, Erlan- gen 1981
- 18) HÄFNER H.: Krisenintervention und Notfallver- sorgung in der Psychiatrie. In: Haase H.-J.(Hrsg.): Krisenintervention in der Psychiatrie.
F.K.Schattauer Verlag Stuttgart-New York 1978
- 19) HÄFNER H.: Psychiatrische Epidemiologie.
Springer Verlag, Berlin-Heidelberg- New York 1978
- 20) HÄFNER H., KLUG J.: The impact of an expanding community mental health service on patterns of bed usage: evaluation of a four-year period of implementation.
Psych.Med. 12 (1982) 177-190

- 21) HIPPIUS H., TILGING P.: Möglichkeiten einer Zusammenarbeit von Klinik und Praxis bei medikamentöser Dauertherapie klinikentlassener psychotischer Kranker. In: Der entlassene Anstaltspatient in der psychiatrischen Rehabilitation. Hrsg. K. Heinrich, Konstanz: Alma mater 1967
- 22) HIRSCH S.R.: Die Versorgung schizophrener Patienten außerhalb des Krankenhauses; Forschungsergebnisse und Grundprinzipien. Nervenarzt 47 (1976) 469-476
- 23) HOGARTY G.E.: Drug and socialtherapy in the aftercare of schizophrenic patients. Arch.Gen.Psychiat. 31 (1974) 603-618
- 24) JACOBSON G.: Personality disorders. In: Lazare A.: Outpatient Psychiatry, Diagnosis and Treatment. Williams & Wilkins 1979
- 25) JACOBSON G.: The neurosis. In: Lazare A.: Outpatient Psychiatry, Diagnosis and Treatment. Williams & Wilkins 1979
- 26) JAKUMEIT U., NEHLS Ch.: Psychiatrisch-epidemiologische Patientenstatistik innerhalb einer Großstadregion. Psychiatr. Praxis 7 (1980) 133-154
- 27) KASTRUP M.: A nation-wide census of psychiatric out-patients in Denmark. Acta psych. scand. 61 (1980) 245-255
- 28) KATSCHNIG H.: Typen ambulanter Hilfe bei psychisch Kranken, In: Bauer M., Rose H. (Hrsg.): Tagungsbericht über "Ambulante Dienste". Tagungsberichte Bd.6, Rheinland-Verlag Köln 1981
- 29) KEANE P., FAHY T.J.: Who receives aftercare? Utilization of services by discharged in-patients. Psychol.Med. 12 (1982) 891-902
- 30) KISKER K.P.: Gemeindennahe sektorisierte Behandlung depressiver Patienten. Soc.Psychiat. 14 (1979) 125-131
- 31) KRANKENHAUSGESELLSCHAFT: Krankenhausstarif für ambulante Leistungen und stationäre Nebenleistungen (DKG-NT '80) Verlag W.Kohlhammer, 13.Auflage

- 32) KRÜGER H.: Zum Stand der psychiatrischen Versorgung in Ostfriesland (Emden-Aurich-Leer). In: Bauer M., Rose H.(Hrsg.): Tagungsbericht über "Ambulante Dienste". Tagungsberichte Bd.6, Rheinland-Verlag Köln 1981
- 33) LAUTER H.: Der Schlußbericht der Enquete-Kommission zur Lage der Psychiatrie in der BRD und die poliklinische Psychiatrie. Therapiewoche 27 (1977), 3480-3486
- 34) MAY Ph.R.A.: When, what and why? Psychopharmacotherapy and other treatments in schizophrenia. Compr.Psychiatry 17 (1976) 683-693
- 35) MÜLLER P., THIES J.: Aufgaben der Psychiatrischen Poliklinik. Psychiatr.Praxis 10 (1983) 15-19
- 36) NIELSEN J., NIELSEN J.A.: A census study of mental illness in Samso. Psychol.Med. 7 (1977), 491-503
- 37) REIMANN H., HÄFNER H.: Psychische Erkrankungen alter Menschen in Mannheim. Social Psych. 7 (1972) 53-69
- 38) RIEDELL H.: Die nachstationäre Behandlung schizophrener Patienten. Psychother. med. Psychol. 30 (1980), 22-35
- 39) RIEDELSHEIMER H.: Charakterisierung der Patientenpopulation einer psychiatrischen Poliklinik unter klinischen, sozialen und ökologischen Gesichtspunkten. Dissertationsarbeit Universität München 1978
- 40) ROSE H.K.: Psychiatrische Poliklinik und Krisenintervention. In: Haase H.J.: Krisenintervention in der Psychiatrie. Stuttgart, New York, Schattauer 1978
- 41) SAFIRSTEIN S.L.: Psychiatric aftercare in an general hospital. A system of prevention in the community. Psychother.Psychosom. 16 (1968) 16-22
- 42) SAINSBURY P.: Evaluation of community mental health programs. In: Handbook of Evaluation Research, Vol.2, pp.125-159. Sage Publications, Beverly Hills

- 43) SCHÜSSLER G., LINDEN M., OTTEN I.: Patienten in der nervenärztlichen Praxis. Nervenarzt 53 (1982) 537-543
- 44) SERBAN G., THOMAS A.: Attitudes and behaviors of acute and chronic schizophrenic patients regarding ambulatory treatment. Am.J.Psychiat. 131 (1974) 991-995
- 45) SEYLER W.: Wer versorgt die psychisch Kranken. Spektrum 2 (1981) 65-66
- 46) SIEMER K.: Unterschiede im Tätigkeitsbereich einer neurologisch-psychiatrischen Universitäts-Poliklinik und einer nervenärztlichen Kassenpraxis. Therapiewoche 31 (1981) 4756-4757
- 47) SPEIDEL H.: Struktur und Kompetenz der psychiatrischen Poliklinik. Therapiewoche 27 (1977) 3473-3479
- 48) STATIST.LANDESAMT: Statistische Berichte des Bayer.Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung 1982
- 49) STRÖMGREN E., WEEKE A.: Fifteen years later. A comparison of patients in Danish psychiatric institutions in 1957, 1962, 1967, 1972. Acta psych.scand. 57 (1978) 129-144
- 50) TANTAM D., KLERMANN G.: Patient transfer from one clinician to another and dropping-out of out-patients treatment. Social Psychiatry 14 (1979) 107-113
- 51) ULRICH U.: Erfahrungen aus der Arbeit einer nervenärztlichen Gemeinschaftspraxis. Überlegungen zur Einbeziehung niedergelassener Nervenärzte in die sozialpsychiatrische Arbeit. In: Bauer M., Rose H.K. (Hrsg.): Ambulante Dienste für psychisch Kranke; Köln, Rheinland 1981
- 52) WÄLTI J., KOLB H.J., WILLI J.: Welche Patienten brechen eine psychiatrische Behandlung ab? Nervenarzt 51 (1980) 712-717

- 53) ZENTRALINSTITUT für Seelische Gesundheit Mannheim: Tätigkeitsbericht 1982-83
- 54) ZINTL-WIEGAND, SCHMIDT-MAUSHART Ch., LEISNER R., COOPER B.: Psychische Erkrankungen in Mannheimer Allgemeinpraxen. Eine klinische und epidemiologische Untersuchung. In: Häfner H. (Hrsg.): Psychiatrische Epidemiologie. Berlin, Heidelberg, New York, Springer 1978

Abschließend möchte ich Herrn Prof. Dr. H. Hippius für die freundliche Überlassung des Themas danken. Herrn Dr. P. Buchheim danke ich für die zahlreichen Hinweise zur Bearbeitung des Stoffes und allen Mitarbeitern der psychiatrischen Poliklinik für ihre freundliche Unterstützung.

11. Lebenslauf

Am 5. Dezember 1958 geboren als Tochter des Syndikus Heribert Breinl und seiner Ehefrau Gertrud, geborene Holzbauer, in München.

Vom September 1965 bis Juli 1969 Besuch der Volksschule in Gauting.

Im September 1969 Übertritt auf das Otto-von-Taubengymnasium in Gauting.

Im Mai 1978 Erhalt des Reifezeugnisses.

Seit dem Wintersemester 1978/79 Studium der Humanmedizin an der LMU in München.

Im Mai 1985 Approbation als Ärztin.

Am 5. April 1986 Verheiratung mit Herrn Dr. Michael Erbach.

Seit April 1986 Assistenzärztin an der 1. Universitäts-Frauenklinik bei Herrn Prof. Dr. Zander.

